

Обухова Нина Владимировна

**ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ
У МЛАДЕНЦЕВ
С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА
КАК ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УСЛОВИЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ**

**УрГПУ,
ИСО, кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза,
г. Екатеринбург, 2015**

Рецензенты:

И. А. Карякина - доктор медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского;
Е.С. Набойченко – доктор психологических наук, профессор кафедры психологии образования Института психологии УрГПУ;
А.В. Червинская – старший клинический логопед-нейропсихолог высшей категории Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского.

Обухова Н.В.

Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие предупреждения недоразвития речи /. – Екатеринбург, 2015. – 155 с.

В работе рассмотрены особенности развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба при раннем хирургическом вмешательстве. Представлена технология изучения психомоторной сферы младенцев, дифференцированная педагогическая технология предупреждения недоразвития речи, которые могут быть использованы в работе логопеда поликлиники, стационара, реабилитационных центров для детей с врожденной расщелиной губы и неба. Учитывая универсальный характер и гибкость моделирования педагогической технологии, допускается ее использование в детских поликлиниках как скрининг обследование для детей первого года жизни.

Результаты исследования могут использоваться в подготовке учебно-методических рекомендаций для педагогов по специальности «Логопедия» и практических рекомендаций для родителей.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Глава 1. Теоретическое обоснование речевого и психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба	9
1.1. Проблема речевого и психомоторного развития детей в младенческом возрасте	9
1.2. Онтогенез психомоторного развития младенцев в норме	16
1.3. Особенности психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба в специальной психологии и педагогике	34
Глава 2. Технология изучения психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба	47
2.1. Теоретическая и организационная база исследования психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба	47
2.2. Технология изучения психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба	52
2.3. Особенности психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба	58
2.3.1. Сравнительная характеристика психомоторного развития младенцев при нормальном развитии и младенцев с врожденной расщелиной губы и неба	58
2.3.2. Клинико-педагогическая характеристика младенцев с врожденной расщелиной губы и неба	66
Глава 3. Коррекционно-развивающая работа с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба	75
3.1. Теоретическое обоснование и принципы коррекционной помощи младенцам, имеющим врожденную расщелину губы и неба	75

3.2. Содержание коррекционно-развивающей работы с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба	82
3.2.1. Основные направления дифференцированной коррекционно-развивающей работы с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба	84
3.2.2. Педагогическая помощь родителям, имеющим детей с врожденной расщелиной губы и неба	99
3.3. Анализ эффективности коррекционно-развивающей работы	104
Заключение	109
Список литературы	112
Приложения	141

Моим Учителям и Наставникам посвящается –

*Зое Алексеевне Репиной
Адилю Аскеровичу Мамедову
Светлане Ивановне Блохиной*

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время отмечается рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья (Д.В. Зайцев, 2007; Г. Г. Зак, 2012; В.В.Коркунов, 1998; В.И. Лубовский, 2001; Н.Н. Малофеев, 1997 и др.), среди которых одно из ведущих мест занимают дети с врожденной расщелиной губы и неба. Статистические данные указывают, что распространенность врожденной расщелины губы и неба в различных регионах колеблется от 1: 1000 до 5,38: 1000 (Е.А. Баландина и соавт., 2002; С. И. Блохина, 1992; Л.Т. Баранская и соавт., 2005; А.В. Калюш, 1999; Ад. А. Мамедов, 1998; Е.А. Соболева, 2006; Д.Г. Степаненко с соавт., 2003; Л. Е. Фролова, 1967; С.В. Чуйкин и соавт., 2005 и др.).

Большинство исследователей подходят к изучению врожденной расщелины губы и неба как пороку полиморфному, способному влиять на общее моторное и психическое развитие ребенка. Ранние сроки воздействия патогенного фактора резко изменяют условия формирования жизненно важных систем и функций организма: питания, дыхания, восприятие физических звуков, речевосприятия и речепроизводства (Ю.И. Бернадский и соавт., 1978; С. И. Блохина, 1992; Б. Я. Булатовская, 1974; Д. К. Вильсон, 1990; В. С. Дмитриева, 1968; М.Д. Дубов, 1960; В. П. Козлова, 1999; Н. С. Кузнецова и соавт., 1971; Ад. А. Мамедов, 1998; Е.С. Набойченко, 1999; Л. Е. Фролова, 1967; Л. В. Харьков, 1999; С.В. Чуйкин и соавт., 2005 и др.)

Применение к детям с ограниченными возможностями здоровья в первые годы жизни лечебно-профилактических мер воздействия направлено на

максимально полное восстановление соматического и психологического здоровья. Высокий восстановительный эффект дает педагогическое воздействие, оказанное в раннем возрасте. Положительный педагогический результат во многом достигается за счет уникальности возраста для становления ряда функций в процессе психического развития. Своевременно и качественно оказанная коррекционно-педагогическая помощь позволяет устранить или максимально смягчить первичный дефект, предупредить вторичные нарушения (Е. Ф. Архипова, 1989; Л.С. Выготский, 1984; Е. И. Исенина, 1986; С.Б. Лазуренко, 2005, 2008, 2013; Н. Н. Малофеев, 2004; Е. М. Мастюкова, 1992; О.Г. Приходько, 2001; Ю. А. Разенкова, 1997; Е. А. Стребелева, 1996, 2003; Р.В. Тонкова- Ямпольская, Э. Л. Фрухт и соавт., 1989; Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская, 1995; В. Штрассмайер, 2002 и др.).

Сформировавшийся в мировой практике комплексный подход к лечению и реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба определяет прочные междисциплинарные связи команды специалистов. Многие медицинские центры России по лечению детей с врожденной расщелиной губы и неба проводят хирургическое вмешательство в 3, 2, 1,5- летнем и более раннем возрасте (С. И. Блохина, 1992; Ад. А. Мамедов, 1998; Г. И. Семенченко, 1980; А. Э. Гуцан, 1982; и др.). Однако все существующие методики коррекции речи у детей с врожденной расщелиной губы и неба ориентированы на дошкольный, дошкольный и школьный возраст (Л. И. Вансовская, 1977; Т. В. Васильева, 1998; Т. В. Волосовец, 1995; Т. Ю. Дерунова, 2003; А. В. Доросинская, 2000; И. И. Ермакова, 1984; А. Г. Ипполитова, 1955; В.В. Куколь, 1941; Е.Ф. Рау, 1933; З. А. Репина, 1975; Г. Н. Соломатина, 2003; С. Л. Таптапова, 1964; Г. В. Чиркина, 1987; Р.А. Юрова, 1996 и др.). Имеющиеся разрозненные данные о доречевом периоде не раскрывают особенностей развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба, отсутствует система коррекционно-педагогической работы, а между тем, младенческий возраст является важным сензитивным периодом для развития базисных психологических предпосылок речевого развития (Л. И. Вансовская,

2000; Т. В. Волосовец, 1996; Л. С. Выготский, 2001; А. В. Доросинская, 1996; И. И. Ермакова, 1984; Н. П. Захарова, 1974; С. Л. Рубинштейн, 2000; Г. В. Чиркина, 1987 и др.). В этом периоде логопедическая коррекция происходит опосредованно через стимуляцию динамической возрастной структуры – психомоторного развития. Процесс психомоторного развития характеризуется единством восприятия и движения, включая в себя общую моторику, тонкую моторику рук, двигательные координации: тактильно-кинестические, зрительно-моторные, слуходвигательные, речедвигательные (А. Валлон, 2001; М.О. Гуревич, Н.И. Озерецкий, 1930; А.В.Запорожец, 1986; Н.М. Трубникова, 2014; И.А. Филатова, 2014 и др.).

Реабилитация младенцев требует активного участия в ней родителей. Результат педагогической коррекции во многом зависит от систематических домашних занятий родителей с ребенком (Р. Ж. Мухамедрахимов, 2001; О.Б. Половинкина, 2005; К. Тингей-Михаелис, 1988; С. Н. Цейтлин, 2000; Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская, 1995 и др.).

Таким образом, очевидны возникшие противоречия между:

- ранними сроками хирургического вмешательства (пластики губы и неба) и отсутствием технологии ранней педагогической коррекции для данной категории детей младенческого возраста;
- недостаточной изученностью особенностей доречевого периода развития детей с врожденной расщелиной губы и неба в младенческом возрасте и необходимостью научного обоснования педагогической коррекции развития в этом периоде;
- необходимостью ранней педагогической коррекции и невостребованным потенциалом родителей в реабилитационном процессе.

Не отрицая существующие взгляды на структуру речевых нарушений у детей с врожденной расщелиной губы и неба, актуальна опосредованная технология, способствующая более глубокому раскрытию основного дефекта,

целенаправленному коррекционному воздействию на развитие ребенка для
предупреждения речевых недостатков

Теоретическое обоснование специфики речевого и психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба

1.1. Теоретическое обоснование проблемы речевого и психомоторного развития детей в младенческом возрасте

Первый год жизни ребенка отличается от всех последующих периодов тем, что в течение этого времени еще только закладываются основы развития всех психологических функций, а младенец уже включился в процесс присвоения общественно-исторического опыта, накопленного предшествующими поколениями.

Л.С. Выготский, 1984, охарактеризовал главнейшую особенность младенческого возраста, определяющую все своеобразие ситуации развития двумя моментами. Первый из них заключается в полной биологической беспомощности младенца, в результате которой ребенок попадает в зависимость от взрослого. Вторым моментом является то, что при максимальной зависимости от взрослых ребенок лишен основного средства социального общения в виде человеческой речи. В этом противоречии заложена основа всего развития ребенка младенческого возраста. Вся организация жизни младенца требует от него максимального общения со взрослым. Это общение бессловесное и безмолвное, общение своеобразного рода. Такую форму социальных отношений между ребенком и взрослым Л.С. Выготский назвал основным новообразованием возраста. Вокруг основного, или центрального, новообразования возраста располагаются и группируются все остальные частичные новообразования и процессы развития.

Представив возраст, как целостное структурно-динамическое образование Л.С. Выготский процессы речевого и психомоторного развития в младенческом возрасте рассматривает как подготовительный этап последующего развития этих структур. Его учение получило дальнейшее развитие в трудах А.Н. Леонтьева.

А.Н. Леонтьев (1975, 1988, 2001) рассмотрел отношения субъекта с окружающей средой с позиции деятельности. В данной концепции процесс развития представлен как смена видов и предметов деятельности. Проблема происхождения речи рассматривается через включение человека в коллективную деятельность. В процессе развития речь, как деятельность, претерпевает изменения от «кинетической речи» к словесной.

Взгляды Л.С. Выготского и А.Н. Леонтьева легли в основу концепции о генезе общения М.И. Лисиной (1974, 1986, 2001). Она определила непосредственное эмоционально-личностное общение как ведущий вид деятельности младенцев, через изучение структуры общения раскрыла его аспекты. Первый из них подчеркивает опережающую инициативу взрослого как непереносимое условие в становлении и развитии коммуникативной деятельности ребенка. Второй аспект отражает зависимость процесса общения от общего психического и психомоторного развития. М.И. Лисина предложила расценивать реакции глаз, руки, рта, эмоциональную, голосовую и общую двигательную активность младенца, возникающие при общении со взрослым, как ответные коммуникативные проявления. Третий аспект раскрывает избирательность и изменчивость коммуникативных форм поведения ребенка в зависимости от коммуникативного воздействия. Это положение позволило М.И. Лисиной объяснить обусловленность «сроков возникновения и темпов развития речи у детей» довербальной формой общения.

Различные стороны механизма становления и взаимодействия речевых и психомоторных функций раскрыты в работах В.М. Астапова, 1994; А. Валлона, 2001; П.Я. Гальперина, 1999; Н.И.Жинкина, 1958; А.В.

Запорожеца, 1953, 1986; И.А. Зимней, 2001; Е.И. Исениной, 1984, 1986; Е.В. Кирилловой, 2003; М.Ю. Кистяковой, 1960, 1970; М.М. Кольцовой, 1973; А.А. Леонтьева, 1974; А.Р. Лурия, 1979; Е.М. Мастюковой, 1992; С.Л. Рубинштейна, 2000; Н.М. Трубниковой, 2014; Т.Н. Ушакова, 2004; М.Н. Щелованова, 1935; Д.Б. Эльконина, 1989, 1999.

Современная психология и педагогика рассматривают теорию развития произвольных движений в рамках социально-культурной концепции Л.С. Выготского и теории деятельности А.Н. Леонтьева. А.В. Запорожец, 1986, представляет «психомоторное развитие» как сложный и многофазный процесс, характеризующийся единством восприятия и движения. Первая фаза подготовительная - представляет собой предварительную ориентировку в действиях, т.е. у субъекта складывается образец, образ этих действий. Вторая фаза исполнительская - представляет собой отработку двигательных реакций, на протяжении которой субъект путем ряда проб подравнивает свои действия.

В психомоторное развитие, чаще всего, включают общую моторику, тонкую моторику рук, двигательные координации (тактильно-кинестические, зрительно-моторные, слуходвигательные, речедвигательные).

Т.Н. Ушакова, 2004, рассматривает двигательные органы человека, в том числе артикуляционный аппарат, как средство для выражения речевой экспрессии. Активность, которую проявляет ребенок, направлена на стремление выразить некое содержание, имеющееся в его сознании. В раннем онтогенезе психическое возбуждение (активность) распространяется не только на звукообразующие органы, но и многие другие мышцы рук, ног, лица.

Исследования в области психофизиологии, нейропсихологии доказали, что в основе психомоторного и речевого развития лежит сложная нейрофункциональная система, опирающаяся на совместную деятельность различных зон мозга (П.К. Анохин, 1975; Н.А. Бернштейн, 1966; Н.В.

Дубровинская и соавт., 2000; Н.И. Жинкин, 1958; А.А. Леонтьев, 1997; А.Р. Лурия, 1970; И.А. Скворцов, А.Н. Ермоленко, 2003; А.Ф. Тур, 1967; Е.Д.Хомская, 2003; Л.С. Цветкова, 1995; Л.Ф. Цветкова и соавт., 2001 и др.).

Существует гипотеза базовой, исходной структуры, при трансформации которой возникают высшие формы деятельности (Л.С.Выготский, 2001; Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, 1993; В.И. Бельтюков, 1978, 1982; Л.В. Сахарный, 1989; В.Ф. Нечепоренко, 1984). В пользу существования базовой исходной структуры говорит то, что детально известные и исследованные стадии психомоторного и речевого развития проявляются последовательно, одинаково и предсказуемо, поскольку связаны с развитием и созреванием мозговых структур (П.К. Анохин, 1975; Т.Г. Визель, 2013; А. Гезелл, Е.Б. Волосовой, И.А. Скворцов, 1995, 2003; Э.Л. Фрухт и др.).

Однако, теория «созревания» или жесткого программирования развития ребенка рассыпается при приведении ряда фактов. Так сравнение развития недоношенных, нормальных и переносенных младенцев не является следствием элементарного биологического «роста» навыков с момента зачатия (Л.С.Выготский,1984; Т. Бауэр, 1985; Дж. Баттерворт, М. Харрис, 2000). Более того, порядок овладения, например, двигательными навыками: управление движениями головы и туловища, сидение, стояние, ползание и ходьба у разных детей может быть различен, отмечаются ускоренные и замедленные темпы, «перескоки» через стадию, когда одни дети обучаются ходить раньше, чем ползать (Л.С. Выготский, 1984; Т. Бауэр, 1985; Дж. Баттерворт, М. Харрис, 2000; К.Л. Печора и соавт., 1986; Е.М. Мастюкова, 1982; Б.П. Пузанов и соавт., 1998).

В то же время теория существования наиболее благоприятных или оптимальных возрастных периодов для развития отдельных психических функций бесспорна. В такие сензитивные периоды легко проходит обучение, а полученные навыки прочно закрепляются. Первые годы жизни

наиболее благоприятные для двигательного и речевого развития. Если биологический механизм развития не запустить в этом возрасте, то ребенок может навсегда потерять возможность овладения основами языка и движения. Наглядным примером этому являются дети-маугли (Л.В. Сахарный, 1989).

Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, В.И. Бельтюков считают, что врожденные свойства организма и их созревание являются необходимым условием для реализации программы развития, но движущие силы находятся во взаимодействии с окружающей средой. Взаимосвязь и взаимовлияние афферентаций различных анализаторных систем являются мощным стимулом развития. Чем шире афферентное поле младенца, тем больше возможностей для развития он получает (А. Валлон, 2001; Л.С. Выготский, 1984; С.Л. Рубинштейн, 2000; О.В. Фролова, 2009; Л.С. Цветкова и соавт., 2001).

Л.С. Выготским выдвинуто положение о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии ребенка. В младенческом возрасте все информационные потоки, способные оказывать влияние на развитие ребенка, организуются взрослым.

В период новорожденности (первый месяц жизни) эмоциональное общение матери с ребенком преобразует врожденные пищевые и оборонительные доминанты ребенка в социально адаптированные реакции в виде направленности взора, поворота головы, учащенного дыхания. Тактильное воздействие во время ежедневных гигиенических процедур (смена памперсов, уход за кожей, глазами, ушами и т.п.) побуждают младенца фиксировать внимание, проявлять двигательную активность, удерживать положение собственного тела, использовать голос и мимику (А. Валлон, 2001; А.В. Запорожец, 1986; П. Лич, 1992).

Психолингвистические исследования, проведенные отечественными и зарубежными учеными, говорят об особом языке общения матери с ребенком (языке нянь или beby-talk). Сторонники этого

направления науки особое внимание обращают на стиль общения матери с ребенком, характер вопросов, обращенных к ребенку, употребление «особой» детской лексики, на способы синтаксического построения предложений, на богато окрашенную интонацию, на использование мимики и жестов, на тематику разговоров и др. (В.В. Казаковская, 2000; А.А. Леонтьев, 1997; Д.И. Слобин, 1984; С.Н. Цейтлин, 2000)

В процессе такого общения у ребенка формируются основы коммуникативного поведения: мотивация к общению, умение смотреть в глаза собеседнику, вести «диалог», умение слушать, привлечь внимание к собственной персоне, ориентироваться на партнера, соотносить собственное поведение с поведением партнера и др. (В.В. Казаковская, 2000; С. Н. Цейтлин, 2000).

В общении со взрослым первые ответные реакции ребенка – невербальные. Младенец пользуется языком жестов, движений, взглядов и мимики. Двигательное беспокойство ребенка, направленное движение к предмету, манипулирование предметом одновременно является сигналом взрослому: помочь, помешать, принять участие (М.Г. Елагина, 1977; Е.И. Исенина, 1986; М.И. Лисина, 2001; Ж. Пиаже, 1997; Л.А. Радзиховский, 1983).

Успешность коммуникативной ситуации в значительной степени определяется тактикой матери – ее умением подмечать реакции младенца и реагировать, меняя тактику в зависимости от коммуникативных потребностей. Такая активная позиция матери стимулирует поведенческие реакции ребенка, развивает у него новые потребности и интересы и наполняет их соответствующим содержанием (М.И. Лисина, 1986, 2001; В.В. Казаковская, 2000, 2006; Г.Л. Розенгарт – Пупко, 1948, 1963; Д.Б. Годовикова, 1986).

Р.Ж. Мухамедрахимов, 2001 установил, что в диаде «мать – ребенок» подстройка матери и младенца носит постоянный и взаимообусловленный характер. Не только мать влияет на ребенка, но и ребенок с самого

рождения оказывает влияние на мать. Изменение ответной реакции ребенка в коммуникативной ситуации изменяет поведение матери.

К. Тингей – Михаелис (1988) анализируя реакции родителей в ситуациях нестандартного поведения ребенка, приводит следующие ответные реакции матери: искаженное толкование действий, непонимание, снижение или отсутствие желания общаться, стыд, стремление замаскировать неадекватные действия ребенка, эмоциональное угнетение. О деформации, а порой, и распаде коммуникативных отношений, распространяющихся не только на диadu «мать – ребенок», но и на семью ребенка указывают и другие авторы (Л.Т. Баранская и соавт., 2005; С.И. Блохина и соавт., 2002; Е.И.Мастюкова, 1992; Е.С. Набойченко и соавт., 2004; В.В. Ткачева, 2005, 2007; О.Н. Усанова, 1990, Ф.М. Хитров, 1964 и др.).

Исследования, проведенные под руководством Е.А. Стребелевой, 2003, показали, что у младенцев с ограниченными возможностями здоровья имеется:

- иной субстрат мозга, другой «базовый фундамент»: присутствуют нарушения подкорковых и корковых структур функционального или органического характера;
- иное вхождение в социальную жизнь в виду длительного нахождения в условиях стационара, стрессового и/или подавленного эмоционального состояния матери.

Иными словами у детей с ограниченными возможностями здоровья с самого раннего возраста наряду с нарушениями естественного хода развития возникают нарушения взаимодействия с окружающим миром.

Н.Н. Малофеев, 2001, биологическое неблагополучие ребенка рассматривает как первичную предпосылку нарушения взаимодействия с окружающей средой, полагая, что «вовремя начатая и грамотно построенная реабилитация средствами образования позволяет предупредить появление дальнейших отклонений в развитии вторичной и

третичной природы, скорректировать уже имеющиеся и в результате - значительно снизить степень социальной недостаточности детей – инвалидов и детей с отклонениями в развитии».

Концептуальные положения Н.Н. Малофеева, Е.А. Стребелевой раскрывают зависимость максимально возможного уровня развития детей с ограниченными возможностями здоровья от ранней диагностики и коррекции. Исследования, проведенные Е.Р. Баенской и соавт. 2001, 2004; С.Б. Лазуренко, 2005; К.С. Лебединская, О.С. Никольская, 1991; О.Г. Приходько, 2003; Ю.А. Разенковой, 1997; Е.А. Стребелевой, 1996, 2003, 2004; Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская, 1995; и др. подтвердили значимость и эффективность ранней коррекционно-развивающей помощи.

Таким образом, выявление нарушений психомоторного развития в младенческом возрасте и их своевременная коррекция могут рассматриваться как педагогическое условие предупреждения речевых нарушений у детей раннего, дошкольного и школьного возраста.

1.2. Онтогенез психомоторного развития младенцев в норме

Закономерности психомоторного развития младенцев представлены анализом данных психологии, психофизиологии, нейропсихологии и психолингвистики.

Исследователи А.М. Авалишвили, 1963; Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, 1981; К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Л.Г. Голубева, 1986, М.А.Васильева (1982) и др. первый год жизни детей делят на возрастные периоды. Изменения процессов психической жизни младенца, наблюдаемые в рамках каждого возрастного периода, внутренне связаны друг с другом (Л.С. Выготский, 1984). Выделенные возрастные периоды соотносятся со стадиями психологического развития, для каждой из них характерна своя собственная модель общения, свои потребности, мотивы и средства. В процессе психологического развития ребенка средства общения претерпевают трансформацию от экспрессивно-мимических к жестовым, а

затем непосредственно к речевым Н.Н. Авдеева, С.Ю. Мещерекова, 1986; М.И. Лисина, 1974; Г.Л. Розенгарт-Пупко, 1948, 1963.

Л.В. Сахарный, 1989, указывает, что на первом году жизни начинают функционировать, по меньшей мере, три канала связи:

- вокально-аудиторный (один участник коммуникации говорит, другой – слушает)
- жестикуляторно-визуальный (один участник коммуникации делает жесты, другой их воспринимает)
- манипуляционно-ситуативный (предполагает выбор языковых средств в зависимости от особенностей ситуации, в которой происходит общение).

В ситуации общения матери и ребенка все три канала связи могут взаимодействовать одновременно или предпочтение может быть отдано одному из них (Л. В. Сахарный, 1989).

Первый возрастной период от новорожденности до трех месяцев.

Младенец в этом возрасте занимает горизонтальное положение тела, общие движения тела ограничены безусловными рефлексам, активность проявляется в небольшой зоне взаимодействия со взрослым. В процессе жизнедеятельности безусловные рефлекс ребенка заменяются осознанными формами двигательного поведения.

Движения руки младенца до 3-4 недель жизни сочетаются с общими движениями. Затем под влиянием взаимодействия со взрослым, через развитие зрительного анализатора в 3-месячном возрасте оформляется зрительно-моторная координация, так называемая система «глаз – рука». Младенец придает руке такое положение, чтобы ее можно было видеть. Появляются первые дифференцированные движения руки ко рту, глазу, носу, предмету (М.Ю. Кистяковская, 1970; А. Валлон, 2001).

Параллельно с моторными системами развиваются сенсорные системы (Л.С. Выготский, 1984; М.О. Гуревич, Н.И. Озерский, 1930; Л.В. Лопатина, 2003; И.А. Филатова, 2010). В развитии сенсорных систем в

этом периоде происходят наиболее заметные поведенческие трансформации. Из врожденных способностей младенца по принципу ориентировочной доминанты складывается зрительное и слуховое сосредоточение: ребенок «замирает на звук, на яркий зрительный раздражитель (Н.М. Щелованов, 1935).

Значительная роль в появлении ориентировочной реакции принадлежит эмоциональному общению младенца со взрослым на очень близком расстоянии. Наклоняясь над лежащим ребенком, взрослый активно и многократно воздействует на разные органы чувств ребенка в различных жизненно важных для младенца, ситуациях (кормление, гигиенические процедуры). Такие действия взрослого организуют восприятие различной модальности (тактильное, обонятельное, вкусовое, зрительное, слуховое) (Г.Л. Розенгарт-Пупко, 1963; П.Я. Гальперин, 1999).

М.И. Лисина, 2001, рассматривает поведение младенца как хорошо организованную и структурированную систему действий и операций, понимать и интерпретировать которые начинает мать. Она вкладывает смысл в любое движение и действие ребенка (М.И. Лисина, 1985; Н.Н. Авдеева, С.Ю. Мещерякова, 1986; А.Г. Рузская и соавт., 1986).

Взрослый становится первым объектом, который младенец раньше всего выделяет из окружающей среды. С выделением взрослого, в качестве отчетливо воспринимаемого объекта, у младенца возникает радостное настроение, положительные эмоции. Манипулируя предметами и привлекая к ним внимание ребенка, взрослый переключает интерес и положительные эмоции ребенка с себя на предметы, тем самым способствует возникновению у ребенка мотивационных и познавательных интересов, развитию простейших форм деятельности (Е.Н. Винарская, 1987; Л.В. Пронина, 2009; Г.Л. Розенгарт-Пупко, 1948, 1963; Е.А. Стребелева, 2007).

Общение младенца со взрослым, как вид деятельности, с первых дней жизни приобретает непосредственный эмоционально-личностный характер. В 2 – 2,5 месяца между ребенком и взрослым устанавливается

двусторонняя знаковая система взаимодействия. К этому возрасту ребенок в состоянии завязать, поддержать, изменить или прекратить общение со взрослым. О сформированности коммуникативной деятельности можно судить по пяти признакам:

- взгляд в глаза взрослого (контактный);
- слуховое сосредоточение;
- ответная улыбка на воздействие взрослого;
- двигательное оживление с целью привлечь внимание взрослого
- вокализация, продлевающая эмоциональный контакт со взрослыми (М.И. Лисина, 1974, 2001; Е.О. Смирнова и соавт., 1996).

Н.М. Щелованов, 1935 обозначил такие, экспрессивно-мимические, движения как комплекс оживления, особо выделив в нем предречевые вокализации. Для появления предречевых вокализаций обязательно формирование зрительной и слуховой доминанты, хотя сам комплекс оживления также является доминантой, так как в этот момент все другие потребности для ребенка теряют свое значение. Когда к нему подходит взрослый – он замирает, а затем начинает усиленно двигать ручками и ножками, улыбаться, гулить – т.е. пытается привлечь к себе внимание взрослого и удержать (Н.М. Щелованов, 1935; Н.М. Аксарина, 1971).

С.Ю. Мещерякова, 1979, проанализировала состав комплекса оживления и показала двойную природу его компонентов - как средств общения и как проявление сенсомоторной активности. В последующем психологическом развитии вокализация и улыбка становятся средствами общения, а сосредоточение и двигательное оживление находят свое отражение в рамках взаимодействия младенца с объектами.

На первой стадии развития средствами общения выступают следующие типы предречевых вокализаций: крик, гукание – короткие тихие звуки; гуление – протяжные певучие звуки (В.В. Бельтюков, 1977; Л.С.

Выготский, 1984; Н.И. Жинкин, 1958; Е.И. Исенина, 1984; М.И. Лисина, 2001; С.Л. Рубинштейн, 2000; и др.).

Крик новорожденного извещает о его появлении на свет. Для физиологов он означает спазм голосовой щели, который сопровождает первые дыхательные рефлексы. В психолого-педагогической литературе крик рассматривают как врожденную реакцию, не зависящую ни от пола ребенка, ни от особенностей языка, который ему предстоит осваивать (М.И. Лисина, 2001; С.Н. Цейтлин, 2000). Ряд авторов указывают на зависимость крика от всего витального комплекса. Крик здорового новорожденного эмоциональный, а у больного слабый, монотонный, кратковременный либо раздраженный, болезненный, когда ребенок как бы просит, чтобы его не трогали, или спонтанно возникающий, резкий высокочастотный крик. Для диагностики способности к коммуницированию важно выяснить способность возбужденного, кричащего ребенка успокаиваться на голос взрослого, поглаживание, придание конечностям фиксированного положения, прижатие к груди и к подаче пустышки (Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова 1981; А.Ф. Тур, 1967; Н.П. Шабалов, 1997;). Чем чаще матери подходят к младенцу, когда он кричит, тем меньше ребенок кричит в дальнейшем, и тем быстрее, на 2 – 3 месяце, первоначальный крик преобразуется в хныкающие просящие вокализации. В этом измененном крике ребенок подает взрослому сигнал и ожидает от него ответа, что знаменует начало употребления крика в форме просьбы (Е.И. Исенина, 1986; М.И. Лисина, 1974; С.Н. Цейтлин, 2000).

С.Н. Цейтлин, 2000, описывает 3 вида крика, которые различают матери по составляющим их звукам, силе, тону:

- “Голодный” крик;
- крик, свидетельствующий о боли;
- крик, с целью привлечь внимание взрослого, который появляется чуть позднее.

Затем крик переходит в гуканье. Гуканьем обозначают первые социальные звуки младенца, которые появляются в конце периода новорожденности (Е.О. Смирнова и соавт., 1996).

С начала второго месяца жизни у ребенка появляются протяжные звуки – гуление. Гуканье и гуление выполняют функцию эмоциональной выразительности, основу интонационной выразительности речи. Каждая мать к концу третьего месяца жизни младенца достаточно точно определит крик своего ребенка среди других, а также причину крика. В этом ей помогает коммуникативная ситуация и предшествующее постоянное взаимодействие с малышом (Дж.Д. Бонвиллиан и соавт., 1984).

В 3 месяца гуление достигает своего максимума (С.Н.Цейтлин, 2000). Гуление возникает как знак удовольствия или недовольства ребенка. Его характер и продолжительность зависят от реакции матери. Если она положительно реагирует на издаваемые ребенком звуки, улыбается в ответ, повторяет их, гуление усиливается, приобретает все более эмоциональный характер. Малыш с повышенным вниманием смотрит на мать, наблюдает за ее лицом, улыбается. При этом может меняться и поведение ребенка: от сосредоточенного замирания до эмоционального возбуждения. Считается, что таким образом ребенок осваивает коммуникативную ситуацию диалога (Е.Е. Ляско, 2003; А.Г. Рузская и соавт., 1986; Л.В. Соколова, Н.Г.Андреева,2001).

В процессе положительного эмоционального взаимодействия со взрослым младенец обретает:

- эмоционально-мимические средства общения: ответная улыбка и другие мимические изменения, эмоциональные звуки, вздохи, комплекс общих движений;
- визуальные (зрительные) средства общения: фиксация взгляда, реакция слежения, разные типы взглядов (в том числе, контактный);

Второй возрастной период развития с 3 до 6 месяцев.

В этом периоде родители часто носят ребенка на руках, придав ему вертикальное положение, а с пятого месяца начинают присаживать. Вертикальное положение тела в пространстве расширяет поле восприятия (зрительного и слухового), освободившиеся руки получают больше возможностей для выполнения действий, увеличивается дистанция общения между матерью и ребенком. Мать может разговаривать с младенцем на расстоянии 2-3 метров, а ребенок может наблюдать за ней, откликаться на ее голос, на собственное имя и даже гулить в ответ (В.Н. Ильина, 2003; Е.О. Смирнова и соавт., 1996, 2001).

В этот период происходит «включение» корковых центров. Сначала «включается» тактильный анализатор коры больших полушарий, и в результате появляется тактильно-кинестетическая координация «рука – нога» (с 2,5 до 4 – 4,5 месяцев). Младенец в это время изучает собственное тело и пробует свои возможности; захватывает колено, голень, ступню рукой ощупывает, сжимает, и п.т. В его движениях нет точности, контроля со стороны зрительного анализатора, но движения руки уже дифференцированы. Ребенок выполняет сжимающие, ощупывающие движения и согласованные действия двумя руками, развивающие тактильные ощущения пальчиков. Последующая зрительно-тактильно-кинестетическая координация позволяет зрительному анализатору регулировать и контролировать движения руки. Когда взрослый подносит погремушку, ребенок точно направляет руку к предмету, захватывает, удерживает ее перед глазами, подносит ко рту, придает игрушке желаемое положение (М.Ю. Кистяковская, 1960, 1970; Г.Л. Розенгарт-Пупко, 1948; Д. Уайт, 1982; Д.Б. Эльконин, 1989, 1999).

Во втором периоде заканчивается дифференциация сенсорных функций. Если в предыдущем периоде ответная реакция на зрительный, слуховой, двигательный раздражитель была однотипной – замирание или комплекс оживления, то сейчас реакция дифференцировалась:

- демонстрация яркого предмета на отдаленном расстоянии вызывает зрительное сосредоточение, движение глаз (туловища, руки) в сторону предмета
- появление игрушки в доступной зоне побуждает ребенка к захвату игрушки, ощупыванию, сжатию или другим действиям, свидетельствующим о работе тактильного анализатора
- в ответ на голос взрослого появляются голосовые вокализации,
- на бытовой звук ребенок поворачивает голову (В.А. Аверин, 1998).

Младенец обучается распознавать раздражитель. Раздражитель, вначале действовавший в целом, становится простым фоном, на котором выделяется одно из его отдельных свойств, ставшее единственно эффективным. Ребенок приучается реагировать не вообще на звук, а на определенную интенсивность, высоту, тембр звука. Например, среди ряда раздражителей выделяется звуковой и начинается активный поиск источника звука в виде поворотов головой в разные стороны (поисково-ориентировочная реакция).

Появление предвосхищения свидетельствует о готовности ребенка к принятию не любой, а определенной информации. Первые предвосхищения связаны с теми объектами, событиями, действиями, которые ежедневно присутствуют в жизни ребенка (А. Валлон, 2001; Е.С. Стребелева, 1993). Предвосхищение управляет исследовательской активностью (зрительной, слуховой и др.), позволяет выделить информацию доступную для дальнейшего обследования (Ю.Б. Дормашев, В.Я. Романов, 1995). Предвосхищение является предпосылкой намерения, аффекта, образа, которые трансформируются из внешней действительности, а во внутренний план. Начинается путь внутренней переработки действий. (Л.С. Выготский, 1997; А. Валлон, 2001).

Младенцу становится недостаточно регуляции отношений со средой на уровне безусловных рефлексов. Организм вынужден задержать

автоматическое реагирование и перейти к обследованию ситуации появляется ориентировочно-условная деятельность (П.Я. Гальперин, 1999). Взрослый все чаще отмечает в поведении ребенка элементы памяти, особенное избирательное внимание и любопытство (Ю.Б. Дормашев, 1995). Появляется созерцание, похожее на гипнотическое, которое может затормозить всю деятельность ребенка при непривычном или хорошо знакомом зрелище. Ребенок как бы внутренне сливается с предметом всеми своими чувствами. Иногда такое созерцание заканчивается сделанным украдкой жестом, говорящим о том, что ребенок был соучастником сценки (В.А. Аверин, 1998; А. Валлон, 2001).

Осваивая действия с предметами, младенец переходит от визуальных и экспрессивно-мимических средств общения к новым формам коммуницирования. Прежде всего, усложняется взаимодействие ребенка и матери. Мать с рождения воспринимает ребенка как личность, а не как организм (Е.И. Исенина, 1986). Общение с ребенком осуществляется на «материнском» языке («язык нянь», «бэби-ток», инфантилизированный язык), учитывающим возраст ребенка (С.Н. Цейтлин, 2000). Сразу же после его рождения мать начинает разговаривать с младенцем. Все действия по уходу за ним (кормление, купание, укладывание спать и т.п.) озвучиваются. Не рассчитывая на какой-либо ответ со стороны ребенка, мать выдерживает паузу для ответной реплики ребенка и сама отвечает за него - «разговор по очереди» (Е.И. Исенина, 1986; С.Н. Цейтлин, 2000). В разговоре с младенцем используются побудительные конструкции, объяснения, комментарии, а также вопросы. Вопросы активизируют ребенка своей интонационной окраской, облегчают восприятие обращенной речи, заставляют младенца каким-либо образом отреагировать на вопрос, т.е., складываются условия для понимания речи окружающих (Е.В. Каракулова, 2011; А.Г. Рузская и соавт., 1986; З.А. Репина, 2013).

В основе понимания речи лежит развитие фонематического восприятия. Среди всего многообразия слышимых звуков ребенок особо

выделяет голос взрослого человека. По данным Н.Х. Швачкина, 1948, на 4 – 6 месяцах первого года жизни в восприятии ребенком речи взрослых большую семантическую роль играет интонация. Повышенная слуховая восприимчивость к речевым звукам, их дифференциальным критериям (фонематическим, тембровым) и определенная ситуация в которой происходит разговор помогают младенцу осуществить догадку о значении слова.

Ближе к 6 месяцам у младенца появляется манипуляция. Ребенок захватывает предмет, рассматривает его под разными углами зрения, перекладывает из одной руки в другую, размахивает, прислушивается к звуку, обязательно тянет в рот, вокализует. Т.о. дифференцированные реакции раздражителей интегрируются для выполнения формирующейся манипуляционной деятельности. В этот период схема общения «ребенок – взрослый» дополняется предметом. Младенец касается предмета рукой, захватывает, удерживает в течение 20 сек. и сигнализирует взрослому о своем отношении к предмету, используя эмоционально-мимические и кинестетические средства общения (Н.Н. Авдеева, С.Ю. Мещерякова, 1986; Р. Дарр, 1992).

На фоне предметных манипуляций, составляющих новый вид деятельности ребенка, готовится более сложная форма общения ситуативно-деловая. Эта форма общения сочетается с прежними, доброжелательными отношениями взрослого и ребенка и обогащается новым компонентом – стремлением ребенка к сотрудничеству, к совместному действию. Ведущим мотивом общения становится деловой мотив, так как дети, побуждаемые практическими задачами манипулятивной деятельности, ищут теперь контактов со взрослым. Основным средством общения с окружающими людьми для младенцев служит категория изобразительных (предметно-действенных) движений и поз – предметных действий, преобразованных для функционирования в

качестве коммуникативных сигналов (А.В. Запорожец 1974; М.И. Лисина 2001).

Третий возрастной период развития (6-9 месяцев).

Младенец начинает перемещать свое тело в пространстве по вертикальной оси (садится, встает) и горизонтальной (ползает, перелезает). Эти способности предоставляют ему относительную свободу перемещения и изучения пространства дома.

В этом периоде появляются повторные и цепные движения. Развитие повторных движений начинается с похлопывания по предмету. По мере возникновения у младенца новых движений с предметами, повторные движения становятся все более разнообразными: размахивает предметом, перекладывает из одной руки в другую, повторно толкает висящий предмет, ударяет одним предметом о другой. Одновременно с появлением повторных движений появляются и цепные движения, которые представляют собой ряд отдельных дифференцированных движений, следующих строго одно за другим: взял игрушку, бросил, посмотрел. В цепь движений включаются все те отдельные движения, которые осваивает ребенок (Б.Д. Эльконин, 1999).

В этом периоде появляется активное рассматривание младенцем игрушки-предмета, которое по своей природе является также повторным движением глаз по предмету, аналогичным ощупыванию предмета рукой. Рассматривая предмет, ребенок ставит его во все новые и новые положения и продолжает оставаться сосредоточенным до тех пор, пока не исчерпает возможности новизны. То же самое имеет место и в повторных движениях, будь то похлопывание по предмету или постукивание погремушкой. В этих случаях новым является звучание. Каждый раз новое положение предмета и новый звук, то более сильный, то более слабый являются тем новым, что побуждает ребенка к действию и поддерживает относительно продолжительное манипулирование (Г.Л. Розенгарт-Пупко, 1948; Н.М. Трубникова, 1998, 2010, 2014; Б.Д. Эльконин, 1999).

В результате ориентировочно-условной и ориентировочно-исследовательской деятельности у младенца формируются представления о свойствах предмета, о возможном результате действий с ним. У ребенка появляется осмысливание происходящего, но к этому времени у него должны сложиться образы объективного мира и подражание (П.Я. Гальперин, 1999, И.А. Филатова, 2013; Б.Д. Эльконин, 1999).

Подражание является одним из наиболее ранних и элементарных способов освоения социального опыта, первой формой социального научения коммуникативному и когнитивному поведению. А.Н. Запорожец, 1986, термин “подражание” определяется как “подлаживание”, подбор действий, соответствующих образу. Действия, которые имитируются младенцем, как правило, обладают качествами сложности, новизны, “интересности”.

Подражание рассматривается как сложный, многофакторный процесс. Первую фазу составляет предварительная ориентировка, в процессе которой складывается образец, образ действия. Вторая фаза – фаза отработки, во время которой ребенок путем ряда проб подравнивает свои движения и действия под образец, до тех пор, пока они не будут тождественны. Совпадение совершаемых в подражании действий с имеющимся образцом служит для ребенка подкреплением. Действия правильные, соответствующие имитационному образцу, быстро закрепляются и автоматизируются. Подражание требует достаточного уровня развития сенсомоторных систем, внимания, памяти, мотивации, а также живого эмоционально-словесного общения взрослого с ребенком (Л.И. Вансовская, 2001; А.В. Запорожец, 1986; А.В. Костюк, 2008; Н. Миллер и А. Бандура по Л.Ф. Обуховой, 1995; Г.В. Розенгарт–Пупко, 1963; С.Н.Цейтлин, 2000; Ф.И. Фрадкина, 1948; и др.)

Осваивая манипулятивные действия с предметами, ребенку становится недостаточно только экспрессивно-мимических средств общения. У него появляется необходимость в понимании речи взрослого,

что влечет за собой развитие фонематического слуха. Повышенная слуховая восприимчивость к речевым звукам, их дифференциальным критериям (фонематическим, тембровым), которые помогают опознать значение слова (З.А. Репина, 2008, 2013; А.Г. Ружская и соавт., 1986). К 9 месяцам развитие фонематический слух последовательно прошло стадии реакции на физиологический звук, дифференциации силы, интонации, ритма человеческой речи. По данным Н.Х. Швачкина, 1948, с 6 до 12 месяцев особую семантическую функцию получает ритм. Формируется умение различать звуки речи, опознавая сначала более грубые дифференциации затем более тонкие в следующем порядке:

- акустико-кинестетическая дифференциация гласных и согласных звуков,
- осознание присутствия или отсутствия согласного звука,
- акустическая дифференциация сонорных и шумных согласных, твердых и мягких, губных и язычных,
- кинестетическая дифференциация согласных по способу образования: взрывные – фрикативные, переднеязычные – заднеязычные,
- выделение тонких акустико–артикуляционных различий между звонкими и глухими, шипящими и свистящими.

В.И. Бельтюков, 1977, считает, что при освоении языка между акустическими и артикуляционными свойствами звуков нет никакой существенной разницы: там, где звуки близки артикуляционно, они близки и акустически, и наоборот.

Вокализация младенцев проходит в трех основных ситуациях:

- 1) в социальной ситуации, когда ребенок общается или наблюдает за взрослыми (детьми),
- 2) в предметной ситуации, когда ребенок занимается обследованием предметов,

3) в состоянии двигательного возбуждения, когда ребенок не занят игрушками (М.И.Лисина, 1974).

В этом периоде вокализация появляется в виде лепета. В лепете также присутствует элемент новизны слухо-двигательной координации. Ребенок соотносит слуховые и двигательные реакции, прислушивается к тому, что произносит сам, и что произносят взрослые.

Лепет представляет собой ритмичные сочетания звуков, согласный-гласный. Звуки, регистрируемые в лепете, никак не связаны со смыслом, далеки от конкретного, строго определенного набора фонем родного языка. В тоже время в лепете проявляется неосознанная имитация родной речи, просматривается контур интонационных конструкций, а последовательность появления лепетных звуков аналогична последовательности появления звуков в связной речи (В.И. Бельтюков, 1977; А.Д. Салахова, 1973; и др.)

Сначала лепет выступает в виде коротких сочетанных вокализ. Постепенно усложняется по нескольким направлениям: появляются новые сочетания звуков и удлиняются вокализации. Изменяется и функция лепета: из аккомпанемента манипулятивных движений она постепенно становится средством общения с людьми. (В.И. Бельтюков, 1977; Е.И. Исенина, 1984, 1986; М.И. Лисина, 1974; С.Н. Цейтлин, 2000).

Четвертый возрастной период с 9 месяцев до года.

В этот период младенец осваивает основные способы передвижения, ползает и ходит. С помощью навыка ходьбы ребенок осваивает ориентировку в пространстве. Он захватывает доступные предметы, прикладывает их к собственному телу, сам прислоняется к различным поверхностям. Так собственным телом ребенок измеряет величину предметов, учится соизмерять движения, у него появляется точность движений и действий. Закладывается основа неспецифического восприятия (осознание «учит» зрение), формируется основа смысловой догадки (М. Sheridan, 1991, Б.Д. Эльконин, 1999).

В.В. Лебединский, 1998, считает, что на протяжении второго полугодия жизни в процессе общения с матерью у ребенка складывается «поведение привязанности», которое обеспечивает ребенку состояние безопасности, снижает уровень тревоги и страхов, регулирует агрессивное поведение. В условиях безопасности повышается общая активность ребенка, оживляется исследовательское и коммуникативное поведение.

В этом периоде можно говорить об уже сложившейся системе довербальной коммуникации младенца с матерью. В неречевом общении, в действиях ребенка и взрослого с предметами, как и в устной речи, заложена система знаков. В ней (в системе знаков) имеются зачатки словесных значений, интонаций, грамматических категорий, языковых знаков, правила ведения разговоров (Е.И. Есенина, 1986).

Важную роль в системе неречевого общения имеет взгляд. В этом периоде к контактному, указательному и взгляду «ищущему оценку» добавляется соединительный взгляд, объясняющий матери желания и намерения младенца (Е.И. Исенина, 1986).

Другим важнейшим компонентом является экспрессия лица, мимика (Х. Рюкле, 1996). Постепенно осваивая мимические сигналы взрослого, к году младенец накапливает достаточное количество впечатлений, учится адекватно определять эмоциональное состояние человека и может подвергать мимику партнера элементарной интерпретации. Младенец способен с помощью собственной мимики выражать эмоции радости, страдания, страха, спокойствия (А.А. Бодалев, 1981; В.А. Лабунская, 1999).

Е.И. Исенина, 1986, рассматривает жест, как преднамеренное движение или позу (рук, головы), служащие для передачи информации и содержащие в себе: 1) намеренность; 2) присутствие содержания и формы; 3) распределение внимания между объектом и матерью; 4) соотнесенность с ситуацией.

М.Ю. Кистяковская, 1970, указывает, что в этом возрастном периоде младенец способен выполнить отдельное, а не сочетанное движение рукой,

головой, туловищем, способен задать нужное направление движению, в состоянии осуществить зрительный и кинестетический контроль за ходом выполнения движения, что способствует появлению жестов.

Формирование жеста происходит или путем выделения жеста из обыденного действия (указательный жест возникает из действия дотягивания до предметов), или путем подражания жестам взрослого, так называемые социально принятые жесты (например, “спасибо”, “дай”, “до свидания”, “нет”, “жалею”, “нельзя”, “умница”). Значение жеста вначале может отсутствовать, затем жест связывается лишь с одной ситуацией, а по мере его употребления происходит расширение или сужение значения. Понять значение жеста ребенку помогает взрослый, путем разъяснения ситуации применения жеста. Если взрослый не обращает внимания на жесты ребенка, их значения размываются, беднеют, угасают или оформляется в более позднее время. Ребенок может перестать использовать жесты, затем они вновь появляются, иногда отдельные составляющие жеста выпадают и заменяются новыми (Е.И. Исенина, 1986).

Дифференцированный комплекс движений ребенка перерастает в псевдопонятия. Для образования псевдопонятий требуется выполнение ряда сложнейших операций, таких как осознание, сличение, категоризация предметов, ситуаций, явлений (В.А. Гофман, 2005; М.Н. Дудина, 2000; Е.И. Исенина, 1984).

В этом периоде младенец начинает понимать не только смыслы жестов, но и смыслы звуков, слов. Обретенные познавательные навыки помогают ребенку овладеть системой основных фонологических противопоставлений, свойственной родному языку к моменту активной речи (А.Р. Лурия, Ф.Я. Юдович, 1956; Н.Х. Швачкина, 1948).

Случайные комбинации гласных с теми согласными, которые доступны малышу, могут привести к первым нерасчлененным словам “ма – ма”, “ба – ба”. Эти “слова” не имеют предметной соотнесенности. Они могут быть отнесены кукле, маме или другому предмету. Прежде чем

нерасчлененное слово обретет значение, младенец выполнит ряд сложнейших операций, таких как предпонимание (неосознанное понимание), осознание, сличение и истолкование предмета, ситуации, явления (М.Н. Дудина, 2000; Н.С. Жукова и соавт., 1998; Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, 1999; Р.Е. Левина, 1961).

Е.И. Негневицкая, А.М. Шахнарович, 1981 указывают на то, что звуковой образ слова буквально отражает свойство предмета (например, величину). Связь предмета и слова (знака) основывается на сходстве, которое ребенок наблюдает между материальной оболочкой слова и материальными, чувственно воспринимаемыми признаками предметов.

Первые расчлененные слова ребенка имеют полисемантическое, аморфное, расплывчатое значение. По мере развития ребенка развивается смысловое и системное значение слова, следовательно, меняется и отражение тех связей и отношений, которые через слово отражают строение сознания (Л.С. Выготский, 2001; С.Н. Карпова, Э.И. Труве, 1987; А.Р. Лурия, 1979).

Значения первых слов ребенка зависят от целого ряда побочных, ситуационных факторов, которые со временем становятся ненужными. Так для понимания ребенком первых слов необходимо определенное положение тела, произношение слова определенным субъектом (например, матерью), с определенной интонацией и в сопровождении с определенным жестом, только при выполнении этих условий между словом и предметом или действием возникает устойчивая, сенсомоторная связь¹, которая определяет психологическую структуру значения (А.Р. Лурия, 1979; Е.И. Негневицкой, И.А. Филатова, 2010; А.М. Шахнарович, 1981).

В.Д. Соловьев, 1986 описывает сенсомоторные валентности, например, схема слухового или зрительного сосредоточения требует для своей реализации присутствие объекта. Сенсомоторные схемы предметов и действий, на его взгляд, создают предпосылки к пониманию слов и

¹ Устойчивые связи слова с другими словами в лингвистике называются валентностями.

отношений между словами. Для первого года жизни характерны две стадии валентных отношений. На первой стадии (6-9 месяцев) происходит включение слов в сенсомоторные схемы в качестве составных элементов наряду с другими сенсомоторными характеристиками объекта или действия. В этот период ребенок может усвоить небольшое количество слов, таких как: названия предметов (мишка, мама и т.д.); названия действий, выполняемых им самим, (сядь, ладошки, помаши ручкой и т.д.) и слова, которые условно называют управляющими, (например «нельзя»). В лингвистике с позиции теории валентности, перечисленные выше слова, являются безвалентными, но с точки зрения В.Д. Соловьева их валентность заполняется объектом по типу условно-рефлекторной реакции.

Вторая стадия валентных отношений (9-12 месяцев) вполне соотносится с понятием валентность принятым в современной лингвистике. Глагол «покажи» обладает валентностью – «что?». Для понимания валентной связи ребенок должен оценить ситуацию, произвести поиск предмета, к которому можно применить заданную схему, и отреагировать определенным образом. Глагол «дай?» обладает двумя валентностями – «что?» и «кому?». Для понимания такого рода валентной связи ребенок должен выполнить все действия связанные с первой сенсомоторной валентностью «что?», затем со второй валентностью «кому?» и объединить две схемы в одну. Такие действия ребенок может выполнить, если у него будет достаточный объем внимания, развито в виде поисковой реакции мышление и достаточно устойчивая память. Так на первом году жизни закладывается не только лексика, но и основы грамматических отношений между словами в виде валентностных отношений.

Таким образом, в структуре младенческого возраста развитие общих движений, двигательной активности рук, пространственных координаций взаимообусловлено и взаимосвязано с формированием психических функций: внимания и восприятия различной модальности, памяти,

познавательной деятельности - составляющих основу речевой деятельности.

1.3. Особенности психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба в специальной психологии и педагогике

Постоянный рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья устойчивая тенденция двух последних десятилетий; одно из ведущих мест в этой группе занимают дети с врожденной расщелиной губы и неба. Распространенность врожденной расщелины губы и неба колеблется от 1:1000 до 5,38:1000 и занимает второе место по частоте среди врожденных пороков развития (Л.Т. Баранская и соавт., 2004; С.И. Блохина, 1992; Г.В. Гончаков, 2004; Г.В. Долгополова, 2005; М.В. Егорова, 2011; В.П. Козлова, 1999; А.И. Лалетин, А.Р. Ястремский, 2012; Е.Н. Серебряков, 2011; Г.П. Соснин, 1984; Л.Ф. Фролова, 1967; С.В. Чуйкин и соавт. 2005; Р.Р. Шакирова, 2011). Причиной возникновения расщелины называют патогенный фактор, воздействующий на ребенка в эмбриональном периоде развития на 7-8 и 11-12 недели развития (I триместр беременности). Четкой генетической обусловленности врожденной расщелины губы и неба нет, а среди факторов риска называют совокупность экзогенных (физических, химических, биологических, психогенных) и эндогенных вредностей, в том числе - асоциальные условия жизни, неблагополучные взаимоотношения в семье, неполноценное питание матери во время беременности, вредные привычки родителей, неблагополучный акушерский анамнез (гинекологические заболевания, аборты, угроза прерывания беременности, ранний токсикоз), острая инфекция в первой половине беременности, наличие профессиональных вредностей будущих родителей, проживание на экологически неблагоприятной территории (Е.А. Баландина и соавт., 2002; В.М. Безруков, Н.А. Рабухина, 2005; Т.Н. Бобрович, Ад.А. Мамедов и др., 1997; В.С. Дмитриева, Р.Л. Ландо, 1968;

М.Д. Дубов, 1960; Ю.И. Бернадский и др., 1978; А.В. Калюш, 1999; Ад. А. Мамедов, 1998; З.А. Рекзава, 2008; С.В. Чуйкин и соавт., 2005).

Раннее время внедрения патогенного фактора, разнообразный характер его проявления позволяют рассматривать врожденную расщелину губы и неба как порок полиморфный, способный оказывать влияние на общее психическое и речевое развитие. Реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба составляет сложную медико-социально-психолого-педагогическую проблему для семьи и общества и остается актуальной как в медицине, так и в педагогике.

Дети с пороками развития губы и неба чаще, чем их здоровые сверстники, рождаются недоношенными от 7 до 19,4% (Б.Я. Булатовская, 1974; С.И. Блохина, 1982) против 5 – 10% от числа родившихся в общей популяции (Н.П. Шабалов, 1997). Вес детей с врожденной расщелиной неба может быть высоким (от 4500 г.) и низким (до 1500 г.). Низкая масса тела зарегистрирована у 40,3% детей с данной патологией развития, средняя – у 41,06% и высокая только у 18,64% (С.И. Блохина, 1982; Л.Е. Фролова, 1967).

Наличие расщелины неба с первых часов жизни ребенка приводит к нарушению функции дыхания и питания. Дети с расщелиной неба не могут реализовать имеющийся сосательный рефлекс. У них отсутствует герметизация ротовой полости, невозможна аспирация, а при глотании часть молока выливается через носовые ходы (М.Д. Дубов, 1960; Н.С. Кузнецова, Б.Я. Булатовская, 1971; Е.Ю. Симановская, Р.Р. Шакирова, М.П. Ускова, Т.В. Бибик, 2009; Г.Н. Соломатина, В.М. Водолацкий, 2005; А.П. Щеглова, 2002 и др.). В некоторых случаях ребенок при прикладывании к груди здоровой стороной захватывает сосок сбоку и закрывает щель языком или при закрытии щели грудью матери может частично приспособиться к грудному вскармливанию (Л.Г. Фролова, 1967, К.Г. Гаврилов, 1951, С.В. Чуйкин, 2005). Под нашим наблюдением находились единичные дети, которым удавалось восстановить сосательный рефлекс после раннего

оперативного вмешательства: через 2-2,5 мес. после пластики неба в 8-9 мес. они успешно брали материнскую грудь и находились на естественном вскармливании до 1,5 – 2 лет.

Н.С. Кузнецова и Б.Я. Булатовская, 1971, указывают, что среди детей с указанным пороком на естественном вскармливании находилось 17%, на искусственном – 63,3%, на смешанном – 19,7%. Изучив данные о периоде новорожденности 82 детей с расщелиной лица и неба С.И. Блохина, 1982, установила, что в родильном доме вскармливается грудью матери 20 человек, а 52 получали грудное молоко с помощью различных приспособлений: ложки, пипетки, соски, зонда. Естественное вскармливание получали 20 из 82 детей лишь до 3 месяцев. К 6-месячному возрасту естественное вскармливание удалось сохранить 10 детям, остальные 43 ребенка, достигшие этого возраста, вскармливались искусственно и 15 – смешанно.

Невозможность разобщения ротовой и носовой полостей приводит к смешанному ротовому и носовому дыханию, в результате выключается, по крайней мере, частично механизм фильтрации, согревания и увлажнения воздуха, что ведет к заболеваниям дыхательных путей. Наиболее частым осложнением у детей с расщелиной губы и неба являются пневмонии и бронхиты (47,3%), хронические заболевания глотки (у 72,9%) и миндалин (у 36,2%). Дыхание детей становится учащенным, жизненная емкость легких понижается, отстает в развитии грудная клетка, уменьшается ее экскурсия. Смешанное носо-ротовое дыхание резко сокращает продолжительность выдоха, что сказывается на развитии речевого дыхания и артикуляции звуков (Ю.И. Бернадский, Г.В. Полеся, В.В. Макареня, 1978; С.И.Блохина, 1982; Н.А. Давлетшин, 2008; Б.Я. М.Д.Дубов, 1960; И.И.Ермакова, 1984; Н.С. Кузнецова, Булатовская, 1971; А.А. Лимберг, 1967; Ад. А. Мамедов с соавт., 1997,1998, 1999; Л.Е. Фролова, 1967; С.В. Чуйкин и соавт., 2005; 2008 и др.).

Множественные пороки развития отмечаются со стороны зрения от 10% до 30, 4% и опорно-двигательной системы – 31, 9% (Т.В. Зайкова, 1963; Б.Я. Коломейчук, 1968; Л.И. Юрьева, 2002).

Врожденная расщелина губы и неба вызывает изменения и со стороны слухового аппарата. Изменения функционирования мышц, непосредственно контактирующих с евстахиевой трубой, наличие хронических воспалительных процессов в носоглотке нарушают вентиляцию в барабанной полости: понижают атмосферное давление и втягивают барабанные перепонки. Фактически 75 – 100% пациентов с врожденной расщелиной губы и неба с периода рождения имеют заболевания среднего уха, что впоследствии приводит к снижению элементарного физиологического слуха. Все это оказывает пагубное влияние на развитие слухового контроля за произносительной стороны речи (Ю.И. Бернадский, Г.В. Полеся, В.В. Макареня, 1978; С.И. Блохина, 1982; Г.В. Гончаков, 2004; И.А. Карякина, 2005; В.П. Козлова, 1999; А. И. Максаков, 1968; Ад.А. Мамедов, 1998; А.А. Радкевич, С.Г. Вахрушев и др., 2014; Л.Е.Фролова, 1967; и др.).

Низкая масса тела при рождении, трудности вскармливания, риск постоянного охлаждения и инфицирования дыхательных путей обуславливают высокую заболеваемость детей рахитом, гипотрофией, экссудативным диатезом, диспепсией, анемией. Дети становятся соматически ослабленными, что вызывает задержку речевого и психического развития (С.И. Блохина, 1982; А.Э. Гуцан, 1980; В.К. Котлуков и др., 2010; Н.С. Кузнецова, Б.Я. Булатовская, 1971; Э.В. Мамедов и соавт., 2002; Е.Н. Серебряков, 2011; Г.Л. Соснин, А.В.Крицкий, 1984; Л.Е. Фролова, 1967; и др.).

А.Ф. Коваленко, 1969; Л.С. Персин, 2006, отмечают, что у 42,8% детей с врожденной расщелиной губы и неба отмечается отставание в физическом и нервно-психическом развитии. Около 3% детей начинают сидеть после года, 5% - стали ходить в 2 – 3 года, прорезывание молочных

зубов у некоторых закончилось к 3 годам. А.Ф. Коваленко, И. И. Копик, 1973, сравнивает физическое здоровье детей в зависимости от тяжести порока (расщелина губы, расщелина неба, расщелина губы и неба) и делает вывод: чем сильнее уродство, тем больше недостатков физического развития.

По данным А.И. Ураковой, 1967, из 335 обследованных детей с врожденной расщелиной неба нервно-психические изменения выявлены у 75 (22,4%). У 12 (3,5%) детей обнаружена грубая органическая симптоматика (нистагм, нарушение черепномозговой иннервации, эпилепсия, стойкое снижение интеллектуальной деятельности, глухонмота). Исследование психологических особенностей детей 6-летнего возраста с врожденной расщелиной неба показывает, что наглядно-образные формы мыслительной деятельности у детей-ринолаликов существенно не отличаются от нормальных детей. При этом из-за ограниченного словарного запаса у детей снижено словесно-логическое мышление, логическое запоминание, воспроизведение ряда слов и определение понятий о предметах. Недоразвитие отдельных сторон мыслительной деятельности детей-ринолаликов имеет характер вторичной задержки психического развития в результате дефектов артикуляционной стороны речи (А.И. Уракова, 1967, 1972, 1977). В результате исследования, проведенного Е.С. Набойченко, 1997, 1999, 2004, установлено, что дети с врожденной челюстно-лицевой патологией в большей степени подвержены эмоциональной неустойчивости, тревожности по отношению к взрослым и сверстникам. С.П. Кондрашов, С.В. Дьякова, 2002, описывают психологическое состояние детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба и делают вывод о присутствии в подавляющем большинстве случаев измененного личностного комплекса во всех возрастных периодах, от раннего дошкольного возраста до подросткового. А.Г. Леонов, Л.Т. Баранская, 2004; Е.С. Набойченко, С.И. Блохина, 2004; Ф.М. Хитров, 1964, Р.Р. Шакирова, 2010, 2011 и др., считают, что эмоционально-личностное

состояние ребенка с врожденной расщелиной губы и неба усугубляется за счет повышенной тревожности родителей о его здоровье.

В отечественной литературе имеется достаточное количество работ по проблеме преодоления нарушений речи и голоса у детей и подростков с врожденной расщелиной неба (Е.С. Алмазова, 1973; Воронцова, 1978; И.И. Герасимова А.С., 2002; Ф.Д. Джуманиязов и соавт., 1976; Ермакова, 1984; А.Г. Ипполитова, 1955, 1983; Т.В. Колпак, 1999; В.В. Куколь, 1941; И.И. Крушевская, 1981; З.Г. Нелюбова, 1938; Х.А. Пиетин, 1971; Е.Ф. Рау, 1933; Д. Г. Степаненко и др., 2001; С.Л. Таптапова, 1964; М.Е. Хватцев, 1961; В.Д. Щеголева, 1974; и др.).

Указанные авторы описывают особенности звукопроизношения и голоса у детей с врожденными пороками губы и неба, предлагают способы дифференцированного коррекционного воздействия в зависимости от анатомических и функциональных особенностей артикуляционного аппарата, от степени выраженности речевого нарушения.

Существенное влияние на коррекцию речевых нарушений у детей с врожденной расщелиной губы и неба оказали взгляды зарубежных авторов К.П. Беккер, М. Совак, 1981; М. Зеeman, 1962; А. Митринович-Моджеевска, 1965.

М. Зеeman, 1962, разделяет понятия «ринолалия» и «ринофония» (“palatolalia” и “palatopфонia”). Ринолалия рассматривается им как патологическое изменение тембра голоса и искаженное произношение звуков речи, а ринофония как изменение оттенка, тембра голоса без нарушения артикуляции и звукопроизношения.

А. Митринович-Моджеевска, 1959, 1965; К.П. Беккер, М. Совак, 1981, показали сложную структуру речевого дефекта при врожденной расщелине губы и неба. Они отмечают, что возможны сочетания ринофонии и ринолалии с нарушениями слуха, с нарушениями артикуляции центрального происхождения, с нарушениями артикуляции по причине

неправильного строения зубочелюстной системы, такими как механическая дислалия.

Исследования Е.С. Алмазовой, 1973; Л.И. Вансовской, 1977, 1979, 2000; Л.И. Вансовская, Л.П. Щербакова, 1979; Е.П. Васильева, 2006, 2011; А.В. Доросинской, 2001; И.И. Ермаковой, 1984; Т.В. Колпак, 1999; И.И. Пружан, 1979; И.И. Пружан и соавт. 1983, 1986; Н.И. Серебровой, 1969; Е.А. Соболева, 2001, 2006; Н.В. Старикова, А.Г. Надточий и др., 2012, проведенные с использованием объективных методов исследования, также показали сложную структуру речевого нарушения. Дефекты звукопроизношения и голоса зависели от анатомических параметров (расстояния между задней стенкой глотки и мягким небом, ширина средней части глотки, изменение положения языка в ротовой полости, нарушение конфигурации спинки языка, асимметрия структур языка), функциональных параметров (снижения подвижности мягкого неба и задней стенки глотки, уровня кинестетических ощущений; дискоординации движений языка, изменение аэродинамических процессов в ротовой полости) и психологических особенностей ребенка (психомоторное и интеллектуальное развитие, характер, поведение, настроение, отношение ребенка к дефекту).

Г.В. Чиркина, 1972; З.А. Репина, 1975, изучили речевые нарушения у детей врожденной расщелиной губы и неба с позиции системного анализа речевой деятельности.

Г.В. Чиркина, 1972, представила типологию детей с врожденной расщелиной губы и неба с позиции речевого развития. По состоянию нарушения произношения звуков Г.В. Чиркина выделяет две группы: нарушения звуковой стороны речи непосредственно связанные с анатомическим дефектом и нарушения связанные с дефектами моторного управления. При задержке формирования фонетической стороны речи у детей возникают трудности вторичного порядка: недоразвитие

фонематического и лексико-грамматического строя речи, снижение речевой памяти, дефекты восприятия и понимания речевого высказывания.

Г.В. Чиркина, 1987, обращает внимание на мозаичность нарушений, при которой наряду с дефицитарными сторонами речи имеются более сохраненные речевые структуры; на неравномерный характер речевого развития у детей при сходном по тяжести анатомическом дефекте; указывает на атипичные варианты расстройств, сочетание ринолалии со снижением слуха, дизартрией, заиканием и др., выявляет феномен взаимоусиления влияния отрицательных факторов, их аддитивное действие на речевое и общее психическое развитие ребенка.

З.А. Репина, 1975, 1995 проанализировала аномальные речевые проявления у детей с ринолалией и показала роль дефекта артикуляции в возникновении вторичных речевых нарушений в виде нарушений фонематического восприятия, морфологического обобщения, лексической системности и грамматического оформления в письменной речи. З.А. Репина теоретически и практически доказала вторичный характер возникновения дисграфий у указанной категории детей.

Т.В. Васильева, 1998, исследуя лексику детей с ринолалией, показала нарушения процессов накопления слов, отбора и оперирования ими в речевой деятельности, нарушения динамической структуризации слов.

Анализ динамики коррекционного обучения, проведенный З.А. Репиной, 1975, Т.В. Васильевой, 1998, показал зависимость состояния речи учащихся от сформированности мотивационной сферы, познавательной активности, внимания, самоконтроля, а также от особенностей социальной и речевой среды.

Т.В. Волосовец, 1995, изучила особенности преддошкольного возраста и доказала, что все дети с врожденной расщелиной губы и неба имеют задержку речевого развития. Однако многочисленная группа детей раннего возраста с врожденной расщелиной губы и неба не является однородной. Наряду с детьми, имеющими нарушения фонетико-

фонематической стороны речи, есть дети, имеющие разнообразные отклонения в развитии речевой, психической, игровой деятельности. Т.В. Волосовец, 1995, показывает, что особенности речевого развития детей с врожденной расщелиной в раннем возрасте проявляются в объеме и качестве пассивного и активного словаря, понимании и использовании лексико-грамматических связей, сформированности фразы.

Подобные результаты получены Е.П. Васильевой, 2006, 2011; Т.Ю. Деруновой, 2003; Г.И. Семенченко, В.И.Вакуленко, Л.Я. ДЕРЕБАЛЮК, 1980; Е. А. Соболевой, 2001, 2006; Р.А. Юровой, О.И. Одинец, 1990; О.Б. Шаровой, 2002; Р.А. Юровой, 1987, 1996;.. Они рассматривали ринолалию в структуре сложных форм речевой патологии, в сочетании с дизартрией (82%) и признаками недоразвития речи (21%). Результаты исследования свидетельствует о существовании не только голосовых и фонетических нарушений речи у детей с врожденной расщелиной неба, но и лексико-семантической соотнесенности, грамматического оформления высказывания.

По данным Г.И. Семенченко, В.И.Вакуленко, Л.Я.ДЕРЕБАЛЮК, 1980, из 211 детей от 3 до 10 лет более 50% детей с врожденной расщелиной губы и неба имели отставание в речевом развитии, первые слова появились в 1,5 – 2 года, из них у 9,5% - только к 3 годам. Фразовая речь появилась очень поздно, после 3 – 6 лет. В среднем речевое развитие 6-летнего ребенка с расщелиной неба соответствует речевому развитию трехлетнего ребенка.

Г.Л. Соснин, А.В. Крицкий, 1984, подтверждают позднее начало речевого развития детей данной категории. Они отмечают появление первых слов в возрасте 1,5 лет, медленное накопление словаря, удлинение периода формирования фразовой речи; отсутствие резкого скачка в развитии речи в возрасте 18 месяцев, как это наблюдается у здоровых детей.

В педагогической литературе имеются отдельные разрозненные данные об особенностях доречевого развития детей с врожденной расщелиной губы и неба младенческого возраста.

М. Зеeman, 1962, в развитии речи детей с расщепленным небом различает два периода. В первом периоде голос грудной и произношение некоторых звуков почти не отличается от нормального, потому что у таких детей звуки образуются без влияния и участия резонаторов. Второй период начинается тогда, когда ребенок начинает составлять первые слова и стремиться точно подражать звуку слышимых слов. В этом периоде нарушение речи – явный результат неправильных движений и неправильного голосообразования (М. Зеeman, 1962, - 142 с.).

Г.В. Чиркина, 1987, характеризуя долингвистическое развитие детей с расщелиной губы и неба, замечает недостаточную активность лепета, позднее начало речи, большой временной интервал между появлением первых слов и фразовой речью.

И.И.Ермакова, 1984, пишет, что акустические качества голоса детей с расщелинами неба на первом году жизни не отличаются от голоса при нормальном строении верхней челюсти.

У детей с врожденной расщелиной губы и неба, свидетельствуют Т.В. Волосовец, 1996; А.В. Доросинская, 1996; З.А. Репина и др., 1999, с первых месяцев жизни замедляется процесс формирования речи, искажается работа слуходвигательного анализатора, несвоевременно появляется лепет, снижается речевая активность, ограничивается словарный запас и понимание обращенной речи на фоне недостаточного эмоционального общения со взрослыми и задержке развития предметных и игровых действий.

Л.И. Вансовская, 2001, отмечает что, кричат, плачут, гуляют дети с врожденной расщелиной неба нормальным детским голосом. Изменение тембра их голоса – открытый носовой резонанс – появляется впервые при

лепете, когда ребенок начинает артикулировать свои первые согласные фонемы.

В литературе имеются немногочисленные замечания по проведению коррекционной работы в младенческом возрасте. Главным образом, в них отражены общие рекомендации по воспитанию детей и отдельные приемы по подготовке к пластике неба.

В.Н. Яковенко (1964) обращает внимание на то, что работа логопеда с будущим пациентом должна начинаться с 5 – 6-месячного возраста. Задачи логопедической работы направлены на физическое развитие ребенка, развитие органов речи, постановке правильного дыхания, развитие зрительного и слухового внимания к речи взрослых. Методика работы с маленькими детьми, указывает В.Н. Яковенко, строится на «бессознательном стремлении подражать речи взрослых».

Н.П. Захарова, 1974, Е.А. Пономарева, 1978 предлагают начинать логопедическую помощь в младенческом возрасте с психотерапевтических бесед-консультаций для родителей, показывать результаты реабилитации, объяснять механизм нарушения речи, рекомендовать способы наблюдения за состоянием слуха в домашних условиях, оказывать помощь в подборе развивающих игрушек, показывать взрослым правильное поведение в игре с ребенком.

Г.В. Чиркина, 1983, как неременную повседневную обязанность родителей о малыше с расщелиной губы и неба расценивает физическую активность органов артикуляции, поощрение любой попытки гуканья, лепета. Для чего рекомендует игры с соской, способы стимулирования работы артикуляционного аппарата, звукопроизношения и общения.

Е.А. Пономарева и соавт., 2004, в профилактике речевых нарушений у детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области выделяет 2 периода: доречевых вокализаций и лепета. Родителям рекомендуется: поощрять у ребенка все доречевые вокализации и ротовой воздушный поток, игры с артикуляторными органами, массаж и пассивная гимнастика

для увеличения оральной чувствительности и орального гнозиса, тактильные активизации, развитие слухового и зрительного внимания, поощрять имитации и эмоциональное общение.

Учитывая отдаленность проживания детей от места реабилитации, А.Г. Шемпель, 1969 описывает методику заочного обучения устранению недостатков звукопроизношения после операции на небе. Данная методика применялась в клинике Кишиневского медицинского института под руководством В. И. Титарева (1958) и дала положительный результат. Суть работы сводится к тому, что мать получает наставления и разъяснения по уходу за ребенком, по выполнению ряда лечебных мероприятий, физических упражнений и т.д., наряду с этим матери дается брошюра по обучению в домашних условиях. Значимость указанной методики возрастает, если учитывать то, что далеко не всегда у матерей, имеющих маленьких детей есть возможность посещать логопедический кабинет.

Т.В. Волосовец, 2002, при организации логопедической помощи семьям, имеющим детей с врожденной расщелиной неба, выделяет два этапа: выявление детей нуждающихся в ранней помощи (скрининг) и создание и реализация программ коррекционной помощи. Она подчеркивает необходимость: максимально раннего выявления, устранения разрыва между моментом определения первичного отклонения и началом коррекции, построения «обходных путей» обучения, использования специальных методов, приемов; для достижения более ранней интеграции ребенка в общество.

Таким образом, развитие детей с врожденной расщелиной губы и неба происходит в особых физиологических и психологических условиях, что находит свое отражение в специфичных психомоторных и речевых нарушениях.

Анализ литературы по проблеме исследования показал:

- 1) единую природу порождения психомоторного и речевого развития;

- 2) взаимозависимость и взаимообусловленность речевого и психомоторного развития у детей в норме;
- 3)отягощенные физиологические и социальные условия, в которых происходит психомоторное и речевое развитие у детей с врожденной расщелиной губы и неба;
- 4) сложившиеся предпосылки оказания ранней педагогической помощи младенцам с врожденной расщелиной губы и неба.

**Технология изучения психологической базы речи у детей
младенческого возраста с врожденной расщелиной губы и неба**

**2.1. Теоретическая и организационная база исследования психомоторного
развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба**

Исследование особенностей психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба состояло из трех этапов: констатирующий, формирующий и контрольный эксперименты.

Экспериментальная работа выполнялась на базе Государственного учреждения здравоохранения Детская больница восстановительного лечения Научно – практический реабилитационный центр «Бонум» г. Екатеринбург с 1997 г. по 2014 г.

Ежегодный поликлинический прием логопеда в Центре «Бонум» составляет от 900 до 1300 посещений. В экспериментальном исследовании участвовало 111 детей первого года жизни: 86 младенцев с врожденной расщелиной губы и неба первого года жизни, проживающих в г. Екатеринбург и Свердловской области – экспериментальная группа (ЭГ), и 25 здоровых младенцев без врожденной расщелины губы и неба – контрольная группа (КГ). Длительность катamnестического наблюдения за последующим речевым развитием детей экспериментальной группы составила 10 лет.

По результатам анализа анамнестических данных в ЭГ и КГ включены дети, имеющие 1 – 3 группы по С.М. Громбаху. К первой группе здоровья относятся здоровые дети, не имеющие факторов риска возникновения той или иной патологии. Ко второй группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты;

дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии; дети с дефицитом массы тела или избыточной массой тела; дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций. К третьей группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии с редкими обострениями, сохранными или компенсированными функциональными возможностями при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций; степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения ребенка (З.А. Макарова и соавт., 1997).

В связи с тем, что в настоящее время увеличивается количество людей репродуктивного возраста с хроническими заболеваниями – лишь 25% беременных женщин, поступающих в роддом – здоровы (Шабалов Н.П., 1997), то основной состав детей попадает во вторую группу здоровья.

У детей ЭГ врожденная расщелина губы и неба является отдельным пороком развития, а не проявлением в составе какого-либо синдрома.

В ЭГ по клиническому диагнозу дети распределились следующим образом (таблица № 1):

Таблица 1

Клинические диагнозы детей экспериментальной группы

Тип расщелины	Мальчики	Девочки	Всего	Всего в %
1) Врожденная расщелина губы и альвеолярного отростка	11	5	16	18
2) Врожденная расщелина твердого и мягкого нёба	17	23	40	46
3) Врожденная расщелина губы				

и нёба	14	6	20	23
4) Врожденная 2-х сторонняя расщелина губы, твердого и мягкого нёба	6	5	11	13
Всего	48	38	86	100

В течение первого года жизни, всем детям ЭГ выполнена хейлопластика, 8 детям выполнена уранопластика.

Физические показатели новорожденных ЭГ и КГ соответствуют данным большинства авторов (Р.Т. Бабина, 2002; А.Ф. Тур, 1967; Н.П. Шабалов, 1997 и др.) и укладываются в пределы возрастной нормы (таблица № 2).

Таблица 2

Физические показатели новорожденных

Психофизические показатели	ЭГ		КГ	
	мальчики	девочки	Мальчик и	девочки
Масса тела	3330±270	3285±460	3350±360	3210±435
Длина тела	51±1	51±2	51,5±1,5	50,5±2,5
Окружность головы	34-35	34-35	34-35	34-35
Окружность груди	34-35	34-35	34-3 5	34-35

Возраст родителей относится к факторам риска отклоняющегося развития детей, поэтому в исследовании учитывается возраст матери и отца на момент рождения ребенка (см. таблица № 3).

Таблица 3

Возраст родителей

Группы детей	Средний возраст родителей	
	матери	Отца
ЭГ	27 ± 7	30,5 ± 7,5
КГ	22 ± 2	22,5 ± 1,5

Из таблицы видно, что в ЭГ возраст родителей выше, чем в КГ: матери \approx на 5 лет, отца \approx на 3 года.

Социальный статус семей изучался по следующим критериям: полная – неполная семья, количество детей семье.

Все наблюдаемые нами семьи были полными. В ЭГ и КГ преобладали семьи, у которых родившийся ребенок, первенец. Многодетные семьи заняли 4% от общего числа наблюдаемых семей ОГ (таблица № 4).

Таблица 4

Количество детей в семье.

Количество детей в семье	1 ребенок	2 ребенка	3 и более
ЭГ	56%	40%	4%
КГ	75%	25%	-

Т. о. социальный статус семей в группах, примерно, одинаков.

Около 70% родителей, участвующих в эксперименте, имели высшее или неполное высшее образование.

Среди болезней перенесенных родителями до рождения ребенка чаще других назывались заболевания мочеполовой и дыхательной системы, нарушение зрения.

В ЭГ 12% детей имеют близких родственников с врожденной расщелиной губы и неба. В КГ одна семья имеет ребенка с болезнью Дауна. В остальных семьях КГ наследственность неотягощена.

Характерно, что у всех женщин беременность протекала с осложнениями: угроза выкидыша, гипоксия плода, анемия, отеки, уроплазмоз, фетоплацентарная недостаточность, гестоз, патологические убавки в весе, обострение ряда хронических заболеваний. 74% женщин во время беременности перенесли простудные и острые респираторно-вирусные заболевания. Из них 50% принимали лекарственные препараты.

Анализ анамнестических данных показал, что у детей ЭГ и КГ примерно одинаков возраст родителей, состояние здоровья и образование

матерей, социальный статус семьи, особенности внутриутробного развития, родов и состояния здоровья в период новорожденности, т.о. это однородные группы.

Возраст испытуемых, частота рождаемости детей с врожденной расщелиной губы и неба, отдаленность проживания семьи от экспериментальной базы, состояние здоровья младенцев и даже погодные условия предопределили условия выполнения исследовательской работы (А. Анастаси, С. Урбина, 2002). В нашей работе требовалась компактная, кратковременная, и интегрированная диагностическая методика, которая бы объединяла действия логопеда и наблюдения родителей, применив которую, мы во время одного консультативного приема логопеда могли бы проводить констатирующий и формирующий эксперименты.

Имеющиеся отечественные диагностические методики (Е.Б. Волосовой, М.И. Лисиной, Э.Л. Фрухт и др.) оказались трудны в применении по причинам разработанности для лабораторных исследований, необходимости помесечного наблюдения младенцев специалистом, в виду отсутствия формализованной процедуры исследования.

Ю.А. Разенкова, 2001, анализируя зарубежные методики оценки хода развития детей в сравнении с отечественными аналогами, отмечает: 1) большой разброс показателей, вызванный спецификой воспитания детей в разных странах мира, то есть в разных социокультурных условиях воспитания и развития детей; 2) разницу в подходах к определению возрастной нормы, выделению содержательных областей развития младенца и выстраиванию иерархии показателей внутри каждой из рассматриваемых функциональных систем.

Таким образом, появилась потребность в разработке новой педагогической методики изучения психомоторного развития у детей младенческого возраста с врожденной расщелиной губы и неба

2.2. Технология изучения психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба

На основе теоретических концепций, представленных в первой главе, составлена диагностическая технология изучения психомоторного развития у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба через ведущий вид деятельности - общение. В технологии применительно к условиям поликлинического приема логопеда адаптированы тесты М.И. Лисиной (1966) «Изучение коммуникативной деятельности младенцев с окружающими людьми»; Э.Л.Фрухт (1987) «Диагностика нервно-психического развития детей первого года жизни»; Е.Б.Волосовой (1999) «Развитие ребенка раннего возраста (основные показатели)». Из методики М.И. Лисиной взяли стандартную ситуацию обследования, у Э.Л. Фрухт форму проведения обследования, игровое оборудование и возрастные нормативы, которые дополнили материалами Е.Б. Волосовой. Таким образом, изучение психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба проходило в условиях поликлинического приема логопеда, в присутствии родителей, в форме непосредственного эмоционального общения педагога с ребенком. Учитывая то, что состояние младенцев более лабильно, чем в любом другом возрасте, исследование проводилось только тогда, когда ребенок находился в состоянии бодрствования (С. Миллер, 2002; Н.П. Шабалов, 1997). В процедуру исследования допускалось включение родителей, что позволяло учитывать семейный характер воспитания (Ю.В. Марчук, Н.В. Обухова, 2006) .

Разработаны блоки оценки психомоторного развития: зрительной, слуховой, тактильно-двигательной, тактильно-оральной сферы. В каждой стандартно заданной коммуникативной ситуации определены нормативы предполагаемой ответной реакции младенцев. Предполагалось, что состояние зрительной и слуховой сферы позволят оценить первую фазу двигательного акта – ориентировочную; тактильно-двигательная и тактильно-оральная сферы в большей степени покажут фазу исполнения

действия. В случаях, когда восприятие и передача информации затруднены, допускали положение, что дети способны изобрести особые, личные способы взаимоотношения с окружающими людьми и предметами, для этого предусмотрели наблюдение за свободной деятельностью ребенка.

На одно исследование ребенка требовалось 20- 40 минут рабочего времени, в течение, которых необходимо было раскрыть структуру общения ребенка и взрослого, определить поведенческие особенности ребенка в момент общения.

Использовались серии 2 диагностических заданий: основных и соответствующих им уточняющих. Основная серия диагностических заданий предъявлялась в схеме общения «ребёнок-взрослый» и предусматривала непосредственный контакт ребенка со взрослым. В уточняющей серии диагностических заданий схема общения «ребенок – взрослый» дополнялась предметом или игрушкой и принимала вид «ребенок – взрослый – предмет». Уточняющая серия диагностических заданий позволила уточнить и дополнить субъективные данные исследователя о поведенческих реакциях ребенка в момент общения.

Сначала выполнялась серия основных диагностических заданий, после чего выполнялась серия уточняющих диагностических заданий.

Психомоторное развитие изучали в возрасте 3, 6, 9, 12 месяцев. Для удобства исследователя диагностический материал сгруппирован в виде таблиц к каждому возрастному периоду.

Таблица 5

Диагностические задания для детей 3 месяцев

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Фиксирует взгляд на лице взрослого		Фиксирует взгляд на предмете	
Слуховая	Положительно реагирует		Положительно реагирует на	

сфера	на разговор со взрослым	звучащий предмет	
Тактильно-двигательная сфера	Положительно реагирует на поглаживание	Захватывает и удерживает предмет, вложенный в руку	
Тактильно-оральная сфера	Улыбается в ответ на улыбку взрослого	Прикладывание предмета к губам вызывает у ребенка активные движения губ и языка	
Свободная деятельность ребенка	Положительно реагирует на «сложное воздействие»: контактный взгляд, улыбка, разговор, поглаживание	Наблюдает за предметом, выполняет действия направленные на предмет	

Таблица 6

Диагностические задания для детей 6 месяцев

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция		
	в схеме общения «ребенок – взрослый»	в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Играет пальчиками над лицом, тянет руки к лицу взрослого	Рассматривает предъявленный предмет	
Слуховая сфера	Ответная голосовая реакция на интонационное сочетание звуков взрослого «А-ГУ»	Поворачивает голову в сторону звучащего предмета, находящегося на расстоянии 2-3 метра от уха (локализация звука)	

Тактильно-двигательная сфера	Пытается повторить за взрослым движения, например, постучать по столу		Берет предмет и размахивает им, перекладывает из одной руки в другую	
Тактильно-оральная сфера	Тянет в рот собственных руки		Тянет предметы в рот	
Свободная деятельность ребенка	Поддерживает общение со взрослым		Выполняет манипуляционные действия с предметом	

Таблица 7

Диагностические задания для детей 9 месяцев

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Отрицательно реагирует на появление «чужого» (взрослого)		Действует одновременно с несколькими предметами	
Слуховая сфера	Адекватно реагирует на фразу «Где мама?»		Из двух внешне одинаковых предметов (звуковой и беззвучный) выделит один - звуковой	
Тактильно-двигательная сфера	Повторяет за взрослым игровое действие без предмета		Выполняет несколько действий с одним предметом	
Тактильно-оральная сфера	Повторяет за взрослым интонацию и речевой ритм		Повторяет за взрослым направленное к предмету артикуляционное действие	

			(«поцелуй», «чмоканье губами»).	
Свободная деятельность ребенка	Негативная реакция в ответ на отказ во внимании		Повторят за взрослым действия с предметами	

Таблица 8

Диагностические задания для детей 12 месяцев

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Понимает жестовое обращение «Здравствуй»		Повторяет за взрослым действия с механической игрушкой (нажать на кнопку)	
Слуховая сфера	Понимает простую фразу без жеста, например, «иди ко мне»		Выполняет ритмичные (танцевальные) движения под музыку	
Тактильно-двигательная сфера	Выполняет 2 – 3 последовательных действия, например игра «Сорока», «Ладушки»		Действует с пирамидкой (снимает кольца и пробует надеть), с матрешкой (открывает и достает)	
Тактильно-оральная сфера	Повторяет за взрослым лепетные слова		Осваивает навык самостоятельного питья из чашки, ест густую пищу, грызет яблоко	
Свободная деятельность ребенка	В общении со взрослым использует жесты и интонационно-ритмическую		Выполняет предметные и соотносящие действия (кормит куклу, причесывает волосы)	

	вокализацию, напоминающую простые слова			
--	---	--	--	--

Наблюдения логопеда за ходом выполнения предложенных диагностических заданий составили качественную оценку психомоторного поведения ребенка в заданной коммуникативной ситуации. В качественной оценке отражено своеобразие коммуникативного поведения: скорость входа, особенности и эффективность контакта младенца с исследователем.

Количественная оценка каждого диагностического задания проводилась отдельно. Использовалась трехбалльная шкала. Если ответная реакция на раздражитель соответствовала возрастной норме, то результат оценивали в 1 балл, если ответная реакция на раздражитель незрелая – 0,5 балла, если ответная реакция на раздражитель отсутствует – 0 баллов. Незрелая реакция отличается от нормативной реакции фрагментарностью или искаженной формой выполнения.

После вычисления отдельной суммы баллов по основным и уточняющим диагностическим заданиям, суммы сравнивали между собой и оценивали психомоторное развитие ребёнка по большему баллу. В итоге, если результирующий балл составлял:

- от 10 до 7,5 баллов, то развитие ребёнка оценивали в пределах возрастной нормы.
- от 7,4 до 5,0 баллов, то развитие ребёнка оценивали как задержка развития (ниже возрастной нормой на 2 эпикризных срока).
- от 4,9 до 2,5 баллов, то развитие ребёнка оценивали как отставание (ниже возрастной нормой на 3 эпикризных срока); ниже 2,4 баллов рассматривается как грубое отставание (ниже возрастной нормы на 4 и более эпикризных срока).

Эпикризным сроком на первом году жизни является 1 месяц (Р.В. Тонкова-Ямпольская и соавт., 1989).

Таким образом, педагогическая технология обследования детей младенческого возраста состоит из диагностического материала, содержательной части, качественной и количественной оценки, заключения.

2.3. Особенности психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба

Изучение психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы проводилось в заданной коммуникативной ситуации через непосредственное эмоционально-личностное общение педагога с ребенком. Полученные количественные и качественные результаты исследования отражают особенности психомоторного развития детей в доречевом периоде, интерпретируются в сравнении со здоровыми детьми, а также с помощью катamnестического наблюдения за ходом речевого развития.

2.3.1. Сравнительная характеристика психомоторного развития младенцев при нормальном развитии и младенцев с врожденной расщелиной губы и неба

В результате исследования были получены данные психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба (N=86) и данные развития здоровых детей без врожденной расщелины губы и неба (N=25), которые сопоставимы с возрастной нормой развития, описанной в литературе.

В каждом возрастном периоде 3, 6, 9, 12 месяцев в вероятностной выборке (probability sample) участвовало от 23 до 44 детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Количественная обработка результатов проводилась в соответствии с методами вариационной статистики на персональном компьютере Pentium-IV в операционной системе Microsoft Windows XP Home Edition.

На первом этапе обработки данных все фактические результаты исследования были внесены в электронную таблицу в табличном процессоре Microsoft Excel (пакет Microsoft Office XP).

На втором этапе была проведена проверка данных на полноту и безошибочность ввода в электронную таблицу методами описательной статистики и графического предварительного анализа данных (коробочные графики с диапазонами для выявления «выпадающих» значений). После исправления ошибок ввода и повторной проверки все данные были рассчитаны среднее (M) и стандартная ошибка (m); для качественных признаков были рассчитаны абсолютная частота проявления признака (в %). Описательная статистика была предварительно рассчитана для всех изученных групп детей.

Для статистической обработки были использованы программные статистические пакеты Stata 6.0 и NCSS&PASS 2000.

Все количественные данные были проверены на соответствие распределения нормальному (Гаусса-Лапласа) с помощью критерия согласия Шапиро-Уилка. В связи с тем, что для большинства данных гипотеза о нормальности была отвергнута (что связано с относительно небольшим количеством детей), для последующего анализа были использованы непараметрические критерии, не требующие нормальности распределения.

На третьем этапе проведен собственно статистический анализ данных для проверки гипотез, выдвинутых в ходе формулирования задач работы. Для сравнения двух независимых групп (ЭГ и КГ) по количественному признаку использован непараметрический критерий Манна-Уитни. Для сравнения групп «до-после» (эффект вмешательства) по количественному признаку был использован непараметрический парный критерий Вилкоксона.

Для сравнения двух групп по качественному признаку из-за небольшого числа наблюдений использован точный критерий Фишера.

Различия и связи между показателями считались статистически значимыми, если уровень значимости для соответствующего критерия не превышал 0,05.

В диагностической серии для детей 3 месячного возраста представлены задания, позволяющие изучить поведенческие реакций в комплексе оживления.

Данные по оценке психомоторного развития детей в возрасте 3 месяца представлены в таблице

Таблица 9

Оценка психомоторного развития детей в возрасте 3 месяца

Способ предъявления раздражителя	Ответные реакции					
	в схеме общения «ребенок -взрослый»			в схеме общения «ребенок –взрослый – предмет»		
	Норма n=24	ВЧЛП n=28	P	Норма n=24	ВЧЛП n=28	P
Зрительная сфера	1	0,88±0,042	0,08	0,96±0,042	0,80±0,054	0,22
Слуховая сфера	0,96±0,042	0,79±0,054	0,16	1	0,88±0,042	0,08
Тактильно-двигательная сфера	1	0,84±0,042	0,10	0,92±0,056	0,70±0,059	0,13
Тактильно-оральная сфера	1	0,39±0,047	<0,0001*	1	0,29±0,048	<0,0001*
Свободная деятельность ребенка	0,96±0,042	0,77±0,054	0,08	0,92±0,056	0,63±0,074	0,08
Суммарный балл	4,92±0,083	3,66±0,198	<0,0001*	4,79±0,114	3,27±0,214	<0,0001*

Данные представленные в таблице свидетельствуют о том, что достоверные значимые различия между КГ и ЭГ были выявлены по параметру «тактильно-оральная сфера» в схемах общения «взрослый- ребенок» и «ребенок – взрослый- предмет. Выявленные различия показывают, что в возрасте трех месяцев тактильно-оральная сфера является значимым элементом комплекса оживления для детей КГ и значительно отстает у детей ЭГ, что предопределяет их последующее психомоторное развитие.

Оценка психомоторного развития в возрасте 6 месяцев позволяет изучить не комплексную, а дифференцированную, адекватную раздражителю ответную реакцию. Результаты исследования представлены в таблице № 10.

Таблица 10

Оценка психомоторного развития детей в возрасте 6 месяцев

Способ предъявления раздражителя	Ответные реакции					
	в схеме общения «ребенок -взрослый»			в схеме общения «ребенок –взрослый - предмет»		
	Норма n=24	ВЧЛП n=23	P	Норма n=24	ВЧЛП n=23	P
Зрительная сфера	1	0,96±0,030	0,54	1	0,85±0,049	0,07
Слуховая сфера	0,96±0,042	0,70±0,052	0,004*	1	0,96±0,030	0,54
Тактильно-двигательная сфера	0,96±0,042	0,48±0,086	0,002*	0,96±0,042	0,70±0,075	0,09
Тактильно-оральная сфера	1	0,48±0,067	<0,0001*	0,96±0,042	0,41±0,060	<0,0001*
Свободная деятельность ребенка	0,96±0,042	0,76±0,062	0,08	0,92±0,056	0,66±0,069	0,06
Суммарный балл	4,88±0,065	3,37±0,176	<0,0001*	4,83±0,071	3,54±0,201	<0,0001*

Достоверно–значимые отличия между КГ и ЭГ на данном возрастном этапе обнаружены по параметрам слуховая, тактильно-двигательная и тактильно-оральная сферы в схеме общения «ребенок-взрослый», а также в схеме общения «ребенок-взрослый-предмет» выявлена значимая разница между двумя группами по параметру тактильно-оральная сфера. Выявленные различия говорят о том, что дети КГ способны к дифференцированным ответным реакциям адекватным раздражителю, в системе общения «ребенок-взрослый», тогда как младенцы с ЭГ не проявляют таких способностей. В схеме общения «ребенок-взрослый-предмет» значимые отличия между изучаемыми группами проявились так же как на предыдущем возрастном этапе, то есть в

тактильно-оральной сфере. Таким образом, на возрастном этапе 6 месяцев дети ЭГ схеме общения «ребенок-взрослый-предмет» предпочитают более простую схему непосредственного эмоционального общения «ребенок-взрослый».

При оценке психомоторного развития детей в возрасте 9 месяцев обращалось внимание на развитие ориентировочной деятельности ребенка, на способность выделить в раздражителе отдельное качество, а также на возможность выполнить элементарное подражательное действие за взрослым. Результаты исследования представлены в таблице № 11.

Таблица 11

Оценка психомоторного развития детей в возрасте 9 месяцев

Способ предъявления раздражителя	Ответные реакции					
	в схеме общения «ребенок -взрослый»			в схеме общения «ребенок –взрослый – предмет»		
	Норма n=18	ВЧЛП n=27	P	Норма n=18	ВЧЛП n=27	P
Зрительная сфера	1	0,80±0,055	0,10	1	0,87±0,043	0,17
Слуховая сфера	1	0,72±0,062	0,02*	1	0,87±0,051	0,47
Тактильно-двигательная сфера	0,88±0,082	0,67±0,075	0,47	1	0,87±0,043	0,17
Тактильно-оральная сфера	1	0,54±0,053	0,0001*	1	0,39±0,067	0,0001*
Свободная деятельность ребенка	0,94±0,063	0,65±0,064	0,07	1	0,67±0,071	0,02*
Суммарный балл	4,5±0,323	3,37±0,235	0,004*	5	3,67±0,207	0,0001*

Результаты представленные в таблице говорят о достоверных различиях между КГ и ЭГ в схеме «ребенок-взрослый» по параметрам слуховая и тактильно-оральная сферы и в схеме «ребенок-взрослый-предмет» по параметрам свободная деятельность и тактильно-оральная сфера. Из чего

следует вывод о том, что в ЭГ отстает развитие ориентировочной деятельности (в большей степени слуховая ориентация), отмечается снижение способности выделить в раздражителе отдельное качество, и имеются затруднения в возможности повторить за взрослым элементарное действия, что проявляется в параметре «свободная деятельность».

Изучение психомоторного развития в возрасте 12 месяцев направлено на понимание ребенком смысловой связи выполняемых действий.

В таблице №12 представлены полученные результаты.

Таблица 12

Оценка психомоторного развития детей в возрасте 12 месяцев

Способ предъявления раздражителя	Ответные реакции					
	в схеме общения «ребенок-взрослый»			в схеме общения «ребенок –взрослый –предмет»		
	Норма n=24	ВЧЛП n=44	P	Норма N=24	ВЧЛП n=44	P
Зрительная сфера	1	0,91±0,029	0,18	1	0,88±0,033	0,10
Слуховая сфера	0,96±0,042	0,73±0,044	0,04*	1	0,82±0,043	0,11
Тактильно-двигательная сфера	0,92±0,056	0,65±0,045	0,02*	1	0,90±0,031	0,18
Тактильно-оральная сфера	0,92±0,056	0,58±0,049	0,005*	1	0,58±0,046	<0,0001*
Свободная деятельность ребенка	0,96±0,042	0,82±0,037	0,08	0,92±0,056	0,82±0,040	0,58
Суммарный балл	4,75±0,097	3,68±0,146	0,0001*	4,92±0,056	3,99±0,124	<0,0001*

Из показателей представленных в таблице выявлены достоверно значимые различия между КГ и ЭГ в параметрах слуховая, тактильно-двигательная и тактильно-оральная сферах представленных в схеме общения «ребенок-взрослый», и различия по параметру тактильно-оральная сфера в схеме общения «ребенок-взрослый-предмет». Выявленные различия говорят о

том, что дети ЭГ значительно затрудняются в понимании смысловых связей выполняемых действий. Эти данные отражаются в том, что испытуемые КГ способны к смысловому пониманию действий с опорой на слуховые, тактильно-двигательные и тактильно-оральные стимулы при непосредственном общении со взрослым. Следовательно, указанные параметры являются ведущими в развитии смысловой основы действий у детей КГ и выражены недостаточно у детей ЭГ.

Таким образом, дети с врожденной расщелиной губы и неба изначально испытывают трудности в фазе исполнения действий,

Данные, полученные в ходе исследования, позволили определить профиль развития психомоторной сферы для детей ЭГ и КГ (Приложение № 2). На диаграмме отчетливо просматривается разница в границах психомоторного развития у детей ЭГ и КГ. Состояние психомоторного развития детей с врожденной расщелиной губы и неба охватывает диапазон от нижней границы возрастной нормы до выраженной патологии. В верхней части диапазона, условно, располагаются зрительная и слуховая сферы, у них самые лучшие показатели. Суммарный балл оценки по зрительной сфере 0,86, по слуховой сфере 0,80, при максимально возможной оценке в 1 балл. Тактильно-двигательная сфера занимает среднюю часть диапазона, 0,72 балла. Нижняя часть принадлежат тактильно-оральной сфере 0,45 баллов – самые худшие показатели. Способность взаимодействовать с окружающим миром (свободная деятельность) у детей ЭГ равна 0,72. Таким образом, у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба при формировании произвольных движений ориентировочная фаза приближена к возрастной норме, в то время как исполнительная фаза значительно отстает от нормативных показателей, и в большей степени страдает тактильно-оральная сфера.

Анализ индивидуальных количественных показателей психомоторного развития позволил выделить 3 подгруппы детей:

1 подгруппа – дети с психомоторным развитием в пределах возрастной нормы, 49 ребенок, 57%.

2 подгруппа – дети с задержкой психомоторного развития на 2 эпикризных срока, 28 детей, 33 %.

3 подгруппа – дети с отставанием психомоторного развития на 3 эпикризных срока, 9 детей, 10%.

Анализ клинических диагнозов детей из каждой подгруппы приводится в таблице № 13.

Таблица 13

Клинические диагнозы детей с ЭГ в подгруппах (n, %)

Клинические диагнозы	N	1 подгруппа	2 подгруппа	3 Подгруппа
Вр. расщелина губы	16 (18%)	10 (11%)	5 (6%)	2 (2%)
Вр. расщелина неба	40 (46%)	19 (23%)	14 (16%)	5 (6%)
Вр. расщелина губы и неба	20 (23%)	12 (14%)	6 (7%)	1(1%)
Вр двусторонняя расщелина губы и неба	14 (13%)	8 (9%)	3 (4%)	1 (1%)
Всего	86 (100%)	49 (57%)	28 (33%)	9 (10%)

Из таблицы видно, что клинические диагнозы детей в подгруппах распределяются примерно в тех же пропорциях, что и в ЭГ, т.е. между психомоторным развитием и клиническим диагнозом детей отсутствует прямая зависимость. Однако психомоторное развитие детей в каждой подгруппе имело особенности, которые выявлены с применением качественной оценкой.

2.3.2. Клинико-педагогическая характеристика младенцев с врожденной расщелиной губы и неба

По результатам количественной и качественной оценки, полученной в ходе наблюдения за поведенческими реакциями детей в заданной коммуникативной ситуации, дополненной данными из бесед с родителями, выявилась зависимость развития психомоторной сферы детей от характера общения ребенка со взрослым.

Для детей I подгруппы характерно своевременное появление комплекса оживления, общих двигательных умений, ориентировочных реакций, исследовательской и манипуляционной деятельности.

В возрасте 3 месяцев дети хорошо удерживали голову, выполняли активные, согласованные движения руками и ногами, захватывали вложенные в руку предметы. Младенцы реагировали на приближение матери большей двигательной активностью и улыбкой, сосредотачивались на лице взрослого, эмоционально-мимически реагировали на голос матери. У них по возрасту появился контактный взгляд, ответная улыбка, громкие интонированные вокализы. Все дети реагировали на звуковой и зрительный раздражитель, следили глазами и поворачивали голову вслед за движущейся игрушкой, прислушивались к звуку погремушки.

В возрасте 6 месяцев - самостоятельно сидели, пробовали ползать. К этому возрасту дети были способны общаться со взрослым на расстоянии 2-3 метров, используя визуальные, мимические средства коммуникации, а также интонационную речь. Они легко локализовали звук в пространстве, знали собственное имя, проявляли интерес к игрушкам. Предложенную взрослым игрушку брали одной рукой, перекладывали в другую, рассматривали, тянули в рот, т. е. манипулировали также как их здоровые сверстники.

В 9 месяцев дети стояли, в год самостоятельно ходили. Мимические средства общения сочетались с жестами и интонационно-ритмичной вокализацией, что соответствовало возрастной норме. Активно действовали с предметами, ощупывали и изучали игрушки. Игровые манипуляции дети

сопровождали вокализацией. К году появились предметные действия (баюкали и кормили куклу).

Нарушение касалось только тактильно-оральной сферы, что связано с анатомо-функциональным состоянием артикуляционного аппарата. При нарушенной анатомической целостности оральные рефлексы были сохранены, фрагменты разобщенных мышц неба и губы активны, корень языка активно выполнял движения, в тоже же время отмечается пассивность кончика языка. Неправильная работа мышц артикуляционного аппарата не позволяла малышу полноценно выполнять жизненно важное сосательное движение, побуждала искать компенсаторный механизм восполнения утраченной функции. При односторонней расщелине неба, в момент кормления, ребенок изменял положение языка, прижимал соску к здоровой половине неба. В большинстве случаев родители и врачи помогают младенцу найти необходимую компенсацию, удерживают ребенка в вертикальном положении, используют широкую ортодентальную соску – дозатор или ортодонтическую пластинку, которая закрывает дефект. Правильно подобранная ортодентальная соска и вертикальное положение при кормлении позволили ребенку в течение 1,5 – 2 месяцев приспособиться к приему пищи, западание пищи в носовую полость наблюдались крайне редко или совсем отсутствовали.

Ранние вокализации детей этой подгруппы не отличались от вокализаций здоровых детей, младенцы громко кричали, напевно гулили, однако последующая артикуляция звуков родного языка была нарушена. Дети испытывали значительные артикуляционные трудности при воспроизведении лепетных цепочек и звукоподражательных слов за взрослым. В лепетных сочетаниях присутствовали только гласные звуки и носовые согласные. Как и большинство здоровых детей, дети с врожденной расщелиной губы и неба внимательно всматривались и пытались повторять артикуляцию взрослых, но в силу анатомического дефекта очень редко произносили и грубо искажали среднеязычные согласные «л'», «j». К году они могли передать свое эмоциональное состояние ритмико-интонационной вокализацией, произносить

3 - 5 деформированных слов (мама, ляля, няня, ам, му). Таким образом, при нормальном психомоторном развитии у детей складывалась патологическая предпосылка фонетико-фонематического недоразвития речи.

Результаты катamnестического наблюдения за состоянием речи этой подгруппы детей в 3 года свидетельствовали о речевом развитии в пределах возрастной нормы (29%), легкой задержке речевого развития (35%), задержке речевого развития средней степени (36%). Данные полученные в 5 лет свидетельствовали о речевой норме (28%), фонетическом или фонетико-фонематическом недоразвитии речи (68%), общем недоразвитии речи 3-го уровня (4%). Состояние голосовой функции не вызывало беспокойств со стороны родителей.

У детей 2 подгруппы кроме нарушения тактильно-оральной сферы, отмечалось нарушение межличностной коммуникации в схеме общения «ребенок – взрослый», что вело к задержке психомоторного развития.

В возрасте 3-х месяцев дети достаточно хорошо удерживали голову, но в комплексе оживления движения рук и/или ног были скованны или ослаблены из-за неуравновешенного мышечного тонуса. В общении со взрослым своевременно появлялись контактный взгляд и ответная улыбка, тем не менее время зрительного и слухового сосредоточения, вокализаций сокращалось; отмечался замедленный или отсроченный характер проявления ориентировочных реакций. Ребенок быстрее, эмоциональней реагировал на более сильный раздражитель - звучащую игрушку, чем на голос взрослого. Рефлексы орального автоматизма сохранены, сосательные движения активно выполнялись корнем языка и фрагментами расщепленной губы. В сравнении с первой подгруппой дети чаще срыгивали пищу через нос, долгое время не могли приспособиться к ортодентальной форме соске, вертикальному положению при кормлении. Крики детей были громкие, часто продолжительные и непонятные для родителей, чтобы успокоить ребенка маме требовалось приложить определенные усилия.

В возрасте 6-и месяцев дети самостоятельно или с поддержкой сидели, в общении со взрослым на короткой дистанции присутствовал скользящий взгляд, стремление заняться другими предметами. Они отказывались от общения на расстоянии, не замечали подаваемые слуховые и зрительные раздражители. Сосредоточить внимание ребенка на взрослом можно было только на короткое время с дополнительной стимуляцией (взять на руки, приподнять, говорить громким голосом, фиксировать движения). При наблюдении за игрой ребенка отмечалась кратковременность действий с игрушкой, отсутствие рассматривания, ограниченное количество манипуляций (только размахивает игрушкой или только облизывает, стучит), постоянное стремление к обладанию все новыми и новыми игровыми предметами или пассивное повторяющееся оперирование с одним и тем же предметом. Действия игрушкой дети сопровождают гулением. Оно представляет собой короткое, эмоционально-положительное интонирование. При попытке взрослого поддержать вокализацию, ребенок замолкает, отворачивается, и возобновляет гуление через некоторое количество времени.

В 9 месяцев дети стояли с поддержкой, перемещались по кроватке, в год начали самостоятельно ходить; вглядывались в лицо взрослого, в его действия, но отказывались сотрудничать, их внимание было трудно направить и удержать. Включившись в работу, они быстро уставали, отвлекались или застревали на одном действии. Характер развития ориентировочно-исследовательской деятельности отличается от здоровых сверстников скудностью действий, застреванием на одном движении, быстрой потерей интереса. Дети не могли выделить отдельные действия взрослого, поэтому при выполнении неосознанных подражательных действий отсутствовала точность повторов, отмечалась искажение или фрагментарность выполнения; не прислушивались к интонационной оценке взрослого и не стремились действовать в соответствии с ней. У них не было эмоционального предпочтения близких, они могли легко, без страха «контактировать» с незнакомым человеком. Все это повлияло на формирование визуально-мимических и

жестовых средств общения: неустойчивый кратковременный контактный взгляд, позднее появление указательного жеста, замена указательного жеста вытягиванием руки или движением верхней части корпуса по направлению к предмету, отсутствие соединительного взгляда. Дети часто давали неадекватные ответные реакции на простые вербализированные просьбы и вопросы взрослого («дай ручку», «где мама»). К 9-и месяцам складывалась интонировано-ритмичная речь. В ней отсутствовали согласные звуки, но гласные сочетались между собой ритмично, многократно повторялись до 4-5 раз. К концу первого года дети смотрели в лицо взрослых, но не пытались повторить артикуляцию, хотя при особом эмоциональном настрое могли искаженно произносить подобие искаженных лепетных слов. В целом речевая активность - снижена. Таким образом, неточность восприятия и выполнения произвольных движений и действий отражалась на формировании интонационного языка, импрессивной стороны речи и артикуляции.

Динамические наблюдения за речевым развитием детей данной подгруппы показали: в 3-летнем возрасте возрастную норму (13%), легкую задержку речевого развития (27%), задержку речевого развития средней степени (60%); в 5 лет – фонетико-фонематическое недоразвитие речи (42%), общее недоразвитие речи 3-го уровня (58%). В этой группе детей чаще отмечалась незначительная назальность, искажение отдельных звуков и недоразвитие фонематического слуха.

У детей 3 подгруппы наблюдается нарушение тактильно-оральной сферы, межличностной коммуникации, а также резкое снижение действий с предметами в схеме общения «взрослый – ребенок – предмет», что явилось отягощающим моментом развития познавательной активности.

Если дети предыдущих 2-х подгрупп первично встречались с логопедом на 1, 2-ом месяце жизни, то у 3-ей подгруппы первичный логопедический осмотр проходил в возрасте 3-х месяцев. Более ранние сроки проведения логопедического осмотра были не возможны, т.к. дети находились в детских клиниках, где получали лечение. У всех детей в возрасте 3-х месяцев

наблюдалось отставание в развитии общих двигательных навыков: не естественное положение тела, плохо удерживали голову, отсутствовал комплекс оживления, на действия взрослого дети выражали защитную реакцию - испуг, отрицательные эмоции, угнетение элементарной двигательной активности, генерализованную ответную реакцию. В 3-х месячном возрасте зрительные и слуховые функции находилось на уровне физиологических реакций, слабые ориентировочные реакции возникали при активной стимуляции со стороны взрослого. Захват предмета представлял размахивание рукой в заданном направлении, случайное касание, которое редко заканчивалось схватыванием и удержанием. Серьезные проблемы отмечались со стороны артикуляционного аппарата. Кроме врожденной расщелины губы и неба были ослаблены рефлексы орального автоматизма, угнетен сосательный рефлекс. Дети этой подгруппы долго не могли приспособиться к приему пищи, большой объем жидкости при кормлении вытекал из носа, наблюдались поперхивания и срыгивания, некоторые дети находились на зондовом вскармливании. В голосовых реакциях отмечался слабый крик или хрипы.

В 6-и месячном возрасте общение было возможно при условии комплексного воздействия со стороны взрослого, включающее - присутствие взрослого в зоне ребенка, взгляд в глаза, разговор, тактильное воздействие. Только в такой ситуации дети проявляли ответные реакции: удерживали на короткое время контактный взгляд, слегка улыбались. При отслеживании предмета движения глаз ступенчатые, часто теряли предмет, поиск утерянного предмета не возобновляли. Отмечались изменения в формировании общих двигательных навыков и функциональных возможностях кистей и пальцев рук. В этом возрасте дети самостоятельно не сидели, однако родители сознательно придавали им сидячее положение на коленях, «в подушках»; что обеспечивало появление захвата предметов, но следующая за ним ориентировочно-исследовательская деятельность отсутствовала: рассматривание, ощупывание, действие с предметом. Гуление напоминало растянутое произношение

отдельных гласных звуков, было плохо интонировано, ослаблено, быстро угасало.

В 9 месяцев складывалось непосредственное эмоционально-личностное общение, подкрепленное зрительными, слуховыми и моторными координациями. Дети могли самостоятельно переворачиваться со спины на живот, приподнимать верхнюю часть туловища в попытке сесть, сидеть (чаще с поддержкой). В этом возрасте комплекс оживления дифференцировался: на приближение взрослого ребенок внимательно вглядывался в его лицо, на голос взрослого сосредотачивался, поворачивал голову в сторону источника звука. При предъявлении предмета отмечается снижение познавательного интереса, непродуктивная игровая деятельность. Если игрушка находилась в руках взрослого, дети делали направленное движение к ней, если внимание ребенка взрослый не направлял, игрушка оставалась не востребованной. Вложенную в руку, игрушку удерживали, но не рассматривали, не перекладывали из одной руки в другую. К 9-и месяцам дети практически полностью приспособились к неправильному строению артикуляционного аппарата. При кормлении очень редко жидкость вытекала из носа, расслабленный язык находится на нижних деснах, отмечалась повышенная саливация. Вокализация представляла собой гуление. Голосовые реакции детей напоминали тягучее гуление, без ярких интонационных окрасок. Голос обретал достаточную силу, хотя хрипящие звуки оставались.

Ближе к году дети могли стоять с поддержкой, но не могли самостоятельно ходить. Развитие общей моторики запаздывало, нарушалась последовательность освоения двигательных навыков. В этом возрасте у младенцев наблюдались элементы ситуативно-деловой формы взаимодействия с родителями, при доминирующей активности со стороны взрослых. Дети были эмоционально-положительно настроены на общение со взрослым, легко откликались на игру, но сами инициативы не проявляли, отсутствовала продуктивная коммуникация. Взрослый подавал игрушку, ребенок брал ее, тянул в рот, бросал, редко рассматривал. В виду того, что дети пассивны,

контакты со взрослым кратковременны и малоэффективны, складывалась искаженная визуально-акустическая и мимическая форма коммуникации, отсутствовала жестовая речь. Младенцы не выражали свои желания, отсутствовал указательный жест, взрослый догадывался о намерениях ребенка по направлению взора, положению тела и ситуации. К году дети могут понимать не более трех отдельных слов, появлялся лепет с назальным оттенком, визг, очень редко появляется недифференцированный согласный звук «М - Н», сохраняются хрипы. У младенцев этой группы легко появлялись патологические привычки, например, сосать палец. Только в год дети могли захватывать игрушку рукой и рассматривать ее, брать мелкие игрушки щепотью.

Катамнестические наблюдения показали, что в 3 года дети этой подгруппы имели среднюю и выраженную задержку речевого развития (100%), в 5 лет – общее недоразвитие речи 3-го уровня (40%) и общее недоразвитие речи 2-го уровня (60%). Эти дети долгое время не могли сформировать направленный ротовой выдох, с трудом дифференцировали носовой и ротовой выдох, артикуляционные позиции звуков. В их голосе можно слышать выраженную назальность и особые призвуки, вызванные турбулентностью выдыхаемой воздушной струи. У детей значительно снижена познавательная деятельность.

Количественный и качественный анализ результатов констатирующего эксперимента позволил сформулировать следующие **выводы**:

1. Состояние психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба можно диагностировать по поведенческим реакциям в условиях заданной коммуникативной ситуации.
2. Сложные полиморфные нарушения в развитии встречаются у 42% детей с врожденной расщелиной губы и неба, на первом году жизни они проявляют себя как задержка или отставание психомоторного развития.

3. Младенцам с врожденной расщелиной губы и неба требуется дифференцированная коррекционно-развивающая работа по формированию психомоторной сферы.

Результаты экспериментального изучения позволили научно обосновать и разработать коррекционно-развивающую работу с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба.

Коррекционно-развивающая работа с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба

3.1. Теоретическое обоснование и принципы коррекционной помощи с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба

Современные медицинские технологии внедренные, в центре «Бонум» г. Екатеринбург, направлены на раннюю коррекцию основного порока у детей с врожденной расщелиной губы и неба – восстановление целостности артикуляционного аппарата. Хирургическое вмешательство осуществляется на первом году жизни, в период доречевого развития. В это время ребенку и его родителям требуется педагогическая помощь. Традиционные методики педагогической коррекции А.Г.Ипполитовой, И.И.Ермаковой, Л.И.Вансовской и др. для детей с врожденной расщелиной губы и неба рассчитаны на дошкольный и школьный возраст. В педагогической литературе имеются отдельные рекомендации по работе с детьми первого года жизни, которые не создают целостную картину педагогической помощи младенцам с врожденной расщелиной губы и неба и их родителям.

Задача коррекционно-развивающей работы с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба, заключается в том, чтобы предупредить недоразвитие речи через формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба.

В основе коррекционно-развивающей работы лежат:

- теоретико-методологические положения О.В. Алмазовой, А.С. Белкина, Л. И. Божович, Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, М. И. Лисиной, Н. Н. Малофеева, Р. Ж. Мухаметрахимова, Е. А. Стребелевой, С. Н. Цейтлин и др. раскрытые в первой главе;

- «Программа воспитания и обучения в детском саду» под редакцией М.А. Васильевой, как более полная, четко структурированная, наиболее востребованная специалистами – практиками, отражающая возрастные, физиологические и психологические особенности нормального развития детей первого года жизни (Л. И. Фалюшина, 2003);
- данные, полученные в результате проведения констатирующего эксперимента, рассматривающие специфичные нарушения психомоторного развития в указанной категории детей как проявления полиморфного порока.

Коррекционно-развивающая работа с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба, учитывает 4 способа педагогического воздействия: развитие, стимуляцию, формирование и коррекцию (А.С. Белкин, 2000).

Развитие рассматривается как естественное становление психологических структур под воздействием самых различных факторов.

Стимуляция предполагает активизацию деятельности младенца за счет дополнительного воздействия. О стимулировании можно говорить в том случае, когда взрослый создает условия для спонтанного развития ребенка, например, правильный подбор игрушек.

Формирование предусматривает постановку конкретной педагогической цели и ее реализация для становления определенных психологических функций, например, обучение захвату предметов способствует развитию тактильно-кинестетической и зрительно-моторной координации.

Коррекция, применительно к детям младенческого возраста, означает устранение / снижение первичных (если они сформированы) или возможных вторичных недостатков развития.

Исходя из этих положений, выделены *принципы коррекционно-развивающей помощи* детям младенческого возраста с расщелиной губы и неба:

1. Принцип естественного развития

Младенческий возраст характеризуется стремительным темпом развития. Быстро растет и развивается мозг, костно-мышечная и нервная системы, формируются ощущения и восприятия всех модальностей (зрительное, слуховое, тактильное, вкусовое, обонятельное), оформляется эмоциональная и двигательная реакция. В совместной деятельности взрослого и ребенка концентрируется мощный импульс развития и совершенствования функциональных систем. Реализация данного принципа позволит стимулировать ход естественного развития у детей с особыми проблемами.

2. Принцип информационного насыщения

Бурный процесс развития младенца связан не только с физиологическими и генетическими особенностями, но в большей степени обусловлен влиянием импульсов поступающих из внешней среды. Дополнительные воздействия взрослого по организации и эффективной работе информационного поля создадут условия для развития психических функций ребенка.

3. Принцип опосредованного воздействия на ход речевого развития

Для младенческого периода характерно отсутствие речи, как таковой. Но основы общения, понимания речи окружающих, овладение частью фонетической системы языка зарождаются именно в этот период. Мобильность функций мозговых структур и тесная сенсомоторная взаимозависимость анализаторных систем позволяют опосредованно воздействовать на развитие речевых зон мозга в младенческом возрасте. Поэтому формирование внимания, восприятия, памяти, мышления, ориентируясь на сенсомоторные виды деятельности, подготавливает развитие речи. Постепенно сенсомоторное развитие ребенка проявит себя в вокально-аудиторном, жестикуляторно-визуальном, манипуляционно-ситуативном способе коммуникации (Л.В.Сахарный,1989).

4. Принцип сознательного моделирования родителями типа общения

Отличительной чертой ребенка с речевыми нарушениями являются трудности в коммуникации. Сложившаяся компенсаторная модель общения

зачастую не совпадает с требованиями общества, и тогда проблема находит свое отражение в эмоционально-личностной сфере ребенка. Дети с врожденной расщелиной губы и неба сталкиваются с данной ситуацией в первые дни жизни. Шоковое состояние родителей создает отчуждение, прерывает биогенетическую детерминанту "мать – дитя", потребность ребенка в общении с окружающим миром остается невостребованной, переходит в пассивную форму, находит свои специфические и/или компенсаторные проявления. Реализация данного принципа познакомит родителей с естественным ходом развития детей в младенческом возрасте, с особенностями общения младенцев; а также даст понимание специфики порока, научит определять компенсаторные механизмы развития и умело использовать их в собственных интересах.

Методы и приемы обучения, использовавшиеся в работе с детьми младенческого возраста, имеющими врожденную расщелину губы и неба, классифицируются в соответствии с общепринятым в дидактике понятием метода (Е.И.Тихеева,1972; А.А.Катаева, Е.А.Стребелева,1990).

1. Наглядные методы, в широком смысле, организуют чувственный опыт ребенка с помощью зрения, слуха, тактильного восприятия, движения:

а) непосредственные, их цель - накопление чувственных впечатлений.

Приемы: наблюдение за статичным и мобильным предметом, осмотр помещения и предметов, слушание бытовых звуков, аудирование речи; мануально-телесные касания и захваты;

б) опосредованные, основаны на применении зрительной, звуковой и тактильной наглядности. Цель – накопление чувственных впечатлений, аудиовизуальное и кинестетическое сличение, сенсорно-эмпирическое выделение предмета, качества.

Приемы: рассматривание объемных предметов и плоскостных изображений, прислушивание к речевым и неречевым звукам, тактильные и мануальные кинестезии.

2. Словесные методы применяются, как правило, в сочетании с другими видами. Цель – вызвать у ребенка эмоционально-положительный отклик на вербальную речь и побудить к ответной реакции.

Приемы: разговор, вокально-эмоциональная игра, повтор звука за ребенком, интонационное акцентирование, синхронное озвучивание взрослым немой фонации ребенка, сопряженная и отраженная речь взрослого.

3. Практические методы, рассматриваются как ведущие в работе с детьми младенческого возраста, используются для решения всех задач коррекционно-развивающей работы:

а) непосредственное воздействие взрослого на ребенка – основной способ развития и коррекции. Приемы: мануальное воздействие, массаж, игры и упражнения (эмоциональные, манипулятивные, предметные, процессуальные, артикуляторно-мимические, имитационные), сопровождение вербальной речи паралингвистическими средствами языка (движениями, жестами, мимикой, интонацией).

б) опосредованное воздействие взрослого связано с организацией информационного поля и самостоятельными действиями ребенка по типу имитации действий взрослого, а также моделирование взрослым движения ребенка.

Отличительной особенностью работы с детьми первого года жизни является педагогическое воздействие. Прямое педагогическое воздействие на младенца в условиях поликлинической работы малоэффективно из-за временной непродолжительности консультативного приема, поэтому работа с ребенком проходила опосредованно, через обучение родителей.

Использовалось групповая и индивидуальная форма работы.

Индивидуальная форма работы предлагалась родителям и детям первого полугодия жизни. Не менее одного раза в месяц родители получали консультацию в поликлинике, дети, у которых первое полугодие жизни приходится на осенне-зимний период, консультировались в домашних условиях.

Со второго полугодия жизни младенца начинались групповые занятия. Занятия в группе расширяли процесс педагогического воздействия на семью ребенка за счет остальных участников группы. Соответственно задача педагога усложняется. От педагога требовалось правильное комплектование группы детей, учитывающее возраст детей и уровень психологического развития. Количество семей в группе от 3 до 5-7. Частота занятий 1 раз в неделю. Более частые занятия утомительны для младенцев и родителей.

Организация рабочего пространства зависела от возможностей детей. Если дети не умели сидеть, или сидели недостаточно хорошо, они занимались лежа на коврик, на полу, или сидя на коленях матери. Если все дети достаточно хорошо сидели, занятия проходили за детским столом, но за каждым малышом обязательно располагалась мама.

Использовались следующие *виды коррекционно-развивающей работы*:

- Дидактическая игра
- Дидактическое упражнение
- Организация "информационного поля"
- Спонтанное обучение
- Занятие

Дидактическая игра – основная форма обучающего воздействия взрослого на младенца. В зависимости от направленности действия дидактические игры подразделялись на эмоциональные, артикуляционно-мимические, имитационные, манипулятивные, предметные, процессуальные.

На первом году жизни дидактические упражнения выступают как самостоятельный вид коррекционно-развивающей работы. Во время упражнения взрослый обучает, отрабатывает или закрепляет умения и навыки ребенка. Заданные действия выполняются в игровой или обучающей форме, впоследствии, могут быть включены в дидактическую игру или занятие, как часть, а также могут быть вынесены из них в самостоятельный вид деятельности. Обучающие упражнения достаточно длительны по времени, для

младенца, – 8-10 мин. Упражнения по выработке и закреплению навыка проводятся многократно в течение всего дня.

Младенческий возраст – это время активного психического развития ребенка. Беспомощный новорожденный в течение года не только овладевает движениями собственного тела, но и действиями с предметами. Данная специфическая особенность возраста предъявляет исключительные требования к организации окружающего пространства, которое выступает в качестве "информационного поля", расположенного в пределах непосредственной деятельности младенца, несущего на себе смысловую нагрузку. Его устройство зависит от поставленных дидактических задач; время существования от нескольких минут до нескольких дней. Обязательное условие, без выполнения которого информационное поле теряет смысл, - изменчивость.

Спонтанное обучение - это основной вид обучения нормально развивающегося младенца в домашних условиях, реализуется во время ухода и выполнения гигиенических процедур. Взрослого побуждает к этому виду обучения внешний аффект и глубокая внутренняя мотивация. Спонтанное обучение достаточно эффективно, т.к. строится на любви и привязанности, на биологической и физиологической взаимосвязи "мать - дитя".

Индивидуальные дидактические игры и упражнения являются основным видом организации педагогического процесса. Они направлены на выработку специальных умений и навыков, спонтанное становление которых запаздывает или формируется в искаженном виде. Занятия, как специально организованный вид обучения, проводились в условиях детско-родительского коллектива и решали задачи общего плана, актуальные для всех участников группы.

Условия оптимизации коррекционно-развивающей работы с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба следующие:

- коррекционно-развивающие игры и упражнения с детьми до 6-месячного возраста проводятся индивидуально

- ребенок выполняет игровые действия с мамой или другой эталонной (значимой) личностью;
- предпочтительна организация игры в естественной для ребенка среде, не требующей дополнительной адаптации;
- время проведения игр зависит от эмоционального настроения ребенка, чаще всего это периоды бодрствования после сна, кормления, прогулки;
- продолжительность, частота и насыщенность коррекционного воздействия определяется работоспособностью малыша;
- работа по формированию умений и навыков проводится систематически, обязательны повторы одного и того же упражнения в течение дня;
- допустимо сочетание нескольких упражнений или деление одного упражнения на части ("шаги");
- сформированный навык целесообразно переносить в новые пространственно-временные рамки с привлечением взрослых из ближайшего окружения;
- структура построения коррекционно-развивающей работы предполагает ее модификацию и творческий подход;
- рекомендуется выполнять требования, предъявляемые к игрушкам и другому дидактическому материалу.

3. 2. Содержание коррекционно-развивающей работы с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба

В Проекте создания единой системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей предусматривается ранняя педагогическая помощь для различных категорий детей, в том числе врожденная челюстно-лицевая патология. В целях повышения эффективности педагогической работы на основе общих рекомендаций для младенцев, для определенной

категории детей предлагается разработка дифференцированных и индивидуальных коррекционных программ для каждого ребенка (Н.Н. Малофеев, 1997; Ю.А.Разенкова, 1997; Т.Ю. Морозова, С.В. Довбня, 2010; Н.М. Джонсон-Мартин и др., 2005).

Данный подход лежит в основе педагогической работы с детьми, имеющими врожденную расщелину губы и неба: учитываются возрастные особенности нормативного психического развития младенцев («Программа воспитания и обучения в детском саду» под редакцией М.А. Васильевой – первая группа детей раннего возраста), их специфические проявления в указанной категории детей (результаты проведения констатирующего эксперимента), а также особенности медицинской абилитации детей (заключение и лечебное воздействие педиатра, невролога, челюстно-лицевого хирурга, отоларинголога и других специалистов).

В коррекционно-развивающей работе с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба, по формированию психомоторной сферы выделены следующие направления: развитие общих и мелких движений; развитие координаций (тактильной, зрительной, слуховой, двигательной); освоение действий с предметами и знакомство со свойствами предметов; стимуляция эмоционального общения ребенка со взрослым, становление подражательных действий; коррекция артикуляции, правильного дыхания; голосовых реакций. Содержание педагогической работы по этим направлениям ориентировано на четыре возрастных периода, такое деление принято «Программой воспитания и обучения детей в детском саду». В каждом возрастном периоде выделены основные линии развития, которые наиболее быстро развиваются и влияют на последующее развитие ребенка (Н.М. Аскарина, 1969; Е.Н. Винарская, 1987; Л.Т. Журба, Е.М.Мастюкова, 1981; К.Л.Печера, Г.В.Пантюхина, Л.Г.Голубева, 1986; Р.В.Тонкова-Ямпольская, Т.Я.Черток,1987;):

1. С рождения до 3-х месяцев.

Ведущим в развитие ребенка является формирование комплекса оживления, зрительных и слуховых ориентировочных реакций, овладение первыми движениями в горизонтальном положении.

2. От 3-х месяцев до 6-и месяцев.

Основным умением в развитии ребенка является дифференциация реакций, входящих в комплекс оживления, совершенствование зрительных и слуховых ориентаций, овладение первыми самостоятельными движениями, развитие движений руки, становление интонационной речи.

3. От 6-и месяцев до 9-и месяцев.

В этом возрасте непосредственное эмоционально-личностное общение переходит в ситуативно-деловую форму, у ребенка наиболее активно развивается способность подражать действиям взрослого, понимать смысл бытовой ситуации и речи взрослого. Он начинает принимать вертикальное положение, овладевает ползанием.

4. От 9-и месяцев до года.

Период, когда на основе подражания развивается предметная деятельность, формируется активная речь. Ребенок осваивает основные способы передвижения человека, ползает и ходит. Начинается активное положительное общение ребенка с другими детьми.

С учетом результатов констатирующего эксперимента, для более качественного педагогического воздействия использовался дифференцированный, личностно-ориентированный подход к проведению коррекционно-развивающей работы. Данный подход предполагает оценку актуального развития ребенка, определение зоны ближайшего развития с учетом первичного дефекта и вторичных наслоений; определение коррекционного, развивающего и стимулирующего воздействия с целью устранения или ослабления остроты проблемы. Такая дифференцированная коррекционно-развивающая работа предполагает «пошаговое» обучение, нахождение «обходных путей» развития проблемных функций и специальные методы обучения.

3.2.1. Основные направления дифференцированной коррекционно-развивающей работы с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба

Основные направления дифференцированной коррекционно-развивающей работы определены для каждой из трех подгрупп, выделенных в ходе проведения констатирующего эксперимента.

В 1-ой подгруппе детей коррекционно-развивающая работа заключалась в формировании артикуляционных движений и кинестетических ощущений. На основе непосредственного эмоционального общения младенцам предлагали артикуляционные игры, игры с соской, с чайной ложкой, дыхательные упражнения; использовали стимуляцию артикуляционно-мимических движений, массаж лица, моделировали пассивные артикуляционные движения с целью активизации кинестетических ощущений в оральной области.

В первом полугодии жизни ребенка педагог учил родителей поддерживать у детей активные движения губ, языка, фрагментов неба на основе врожденных рефлексов. Для чего использовался артикуляционный массаж губы, неба, языка. Массаж предполагал поглаживающие, растирающие, постукивающие движения фрагментов губы и неба по направлению к расщелине поперечным, продольным, круговым способом; поглаживающие, растирающие, постукивающие движения по спинке языка, нажимы на язык в вертикальной и горизонтальной проекции. Массаж выполняли родители руками, соской, чайной ложкой, пальчиковой зубной щеткой. Начинали массаж с губ, затем постепенно переходили на язык и небо, иногда переход с одной зоны массажа на другую занимал 1-2 недели, так как обязательным условием массажа являются эмоционально-положительные реакции ребенка, в случае проявления отрицательных эмоций – массаж прекращали. Опытным путем было установлено, что дети лучше реагировали на массаж, если его проводили ежедневно.

Во втором полугодии жизни дети в состоянии самостоятельно выполнять активные артикуляционные движения по подражанию. С этой целью использовали артикуляционные игры (например, «поцелуй», «покажи зубки», «покажи язычок», «киска лакает молоко», облизывание тарелок, ложек, «поплеывания»), уделяли внимание формированию предпосылок к правильному речевому дыханию. Взрослый привлекал внимание к выдыхаемой струе воздуха (дул в лицо ребенка, сдувал с ладони легкие предметы); поочередно прикрывал нос или рот, при закрытом рте поглаживал переносицу, учил ощущать собственный выдох; на основе подражания стимулировал произвольный ротовой и носовой выдох («погрей ручки», «понюхай цветок»).

На протяжении 1-го и 2-го полугодия жизни выполняли стимулирование мимических и артикуляционных движений с помощью пищевого подкрепления (сироп шиповника), массажа лица (поглаживания и касания подушечками пальцев, ладонью по линии бровей, носа, лба, щек). Для формирования кинестетического образа артикуляционного движения использовали моделирование пассивных артикуляционных движений. Взрослый собирал в трубочку и растягивал в улыбку губы ребенка, смыкал губы, поднимал язык; во время вокализации ребенка на короткое время закрывал нос. Такие действия взрослого с ребенком называли артикуляционной игрой, в виду того, что они приносили веселье и радость обоим коммуникаторам.

При предъявлении рекомендаций родителям учитывали индивидуальные особенности детей, клинический диагноз и время планируемой или проведенной хейлопластики, уранопластики.

Во 2-ой подгруппе детей с замедленным формированием психомоторной сферы, кроме рекомендаций по стимулированию артикуляционных движений и кинестетических ощущений получали педагогическую поддержку в становлении процесса общения и формировании подражательных действий.

В первые 3 месяца жизни ребенка родителей обучали умению наблюдать за младенцем (рассматривать части тела, отмечать и оценивать совершаемые малышом действия), делиться впечатлениями, понимать и предугадывать его желания. Обращали внимание родителей на время и дистанцию общения, на наклон головы к лицу ребенка, улыбку, поглаживание, нежный голос, все это стимулировало развитие анализаторных систем ребенка и закрепляло ответную реакцию. Побуждали родителей отслеживать способности младенца: фиксировать и удерживать взгляд на лице взрослого, следить за движением головы взрослого, соотносить движения губ матери с ее голосом, выделять голос из ряда бытовых звуков. К 3-х месячному возрасту у ребенка складывалась устойчивая слухо-зрительная координация - основа непосредственного эмоционально-личностного общения.

При проведении имитационных игр использовались произведения устного народного творчества (пестушки, песенки, потешки, игровые прибаутки, колыбельные). Сопровождение игровых действий словами приучает ребенка вслушиваться в звуки родной речи, ее мелодику и ритм, способствует развитию фонематического слуха, подготавливает к овладению правильным звукопроизношением, обогащает эмоциональный контакт (Г.А. Волкова, 2002; Л.Н. Елисеева, 1982; М.А. Косицына, И.Г. Бородина, 2007; Н.В. Серебрякова, 2008).

Во втором периоде (с 3 до 6 месяцев) закладывали предпосылки активной коммуникации ребенка, учили родителей разговаривать с младенцем. Вопросы взрослого, обращенные к ребенку, выделялись из речевого потока интонацией, экспрессией лица, дополнительными движениями в виде поглаживания по грудке или встряхивания рук младенца. Это способствовало освоению малышом первых коммуникативных норм - умению смотреть в глаза собеседнику, слушать, заполнять паузу в разговоре с мамой вокализацией. Для этого этапа общения важно формирование не только восприятия, но и внимания. Родителей учили выполнять те действия, которые стимулируют

формирование слухо-зрительной координации как основы визуально-акустической модели общения.

Ко 2-му полугодию жизни младенцев складывается ситуативно-деловая форма общения, в которой особую роль играет подражание, имитация. А. В. Запорожец (1986) характеризует процесс подражания как одно из средств развития познавательной деятельности. Центральное место в этом процессе занимает возникающий у субъекта образ имитируемых действий. Совпадение образа с выполняемыми действиями побуждает к созданию более сложных, многофазных имитационных моделей, к дальнейшему совершенствованию психологических процессов необходимых для развития общения и речи. Использовали следующие виды имитационных игр: имитацию совместную со взрослым, самостоятельную имитацию отдельных действий и серии действий за взрослым, самостоятельную имитацию действий и качественных признаков предметов.

Совместная имитация предполагает, что подражательное движение за ребенка выполнит взрослый. К играм такого вида можно отнести: «лошадку» (ребенок располагается на коленях, а взрослый покачиваниями имитирует езду на лошади), «дорогу» (взрослый имитируют движение по дороге и падение) «паровоз» (взрослый приводят в движение руки ребенка, изображая движения паровоза) и др.

Самостоятельная имитация отдельных действий и серии действий за взрослым предполагает, что после многократного показа взрослого и совместной имитации ребенок выполнит действие самостоятельно.

К имитации отдельных действий отнесли:

- повторы простых действий (покачивания головой и верхней частью туловища, как маятник; постукивания кулачками, как работает папа; круговые движения кулаком по раскрытой ладони, как мама кашу мешает; сдернуть с головы платочек, «надеть» шапочку и др.);
- повторы наиболее выразительных действий животных («киска машет хвостиком» – махи рукой, «свинка хрюкает» - нажим пальцем на кончик

носа, «ушки зайчика» - прикладывание рук голове, «коровка бодается» - наклон и покачивание головой и др.);

- повторы за взрослым мимических и пантомимических действий (смех, плач, кашель, чихание, бормотание, грозить пальчиком, хлопать в ладоши и др.).

Имитация серии двигательных действий предполагает объединение ранее разученных отдельных действий в игровую серию. Обязательным условием выполнения имитационной серии движений является удержание заданной последовательности действий («сорока-белобока», «ладушки», «пальчик-мальчик» и др.).

Самостоятельная имитация действий и качественных признаков предметов ребенком предполагала организацию взрослым информационного поля и стимулирование к повтору действия. В этих играх широко использовались игрушки-забавы (неваляшка, заводной медведь, заводной заяц с барабаном). Ребенку демонстрировали предмет, его действия и просили показать, как качается неваляшка, как мишка качается, как заяц стучит в барабан.

Ближе к году акцентировали внимание детей на качественном признаке предмета и выполняемого действия: большой – маленький (движения рук вверх и вниз), много – мало (расходящиеся и сближающиеся движения рук), сильно – слабо (напряжение и расслабление мышечного тонуса).

В имитационных играх закладывались основы совместных, равноправных действий, побуждающих к формированию у ребенка умения привлечь внимание к собственной персоне, ориентироваться на партнера, соотносить собственное поведение с поведением партнера.

В 3 подгруппе коррекционная работа расширялась за счет формирования познавательной деятельности младенцев. С этой целью основное внимание уделялось ознакомлению детей с предметами. Взрослый представлял ребенку предмет как источник перцептивного ощущения и действия, используя для этого игровое оборудование и природные материалы. Накопление

сенсорного опыта качественно меняло познавательные действия ребенка, стимулировало познавательную и общую двигательную активность. В ходе знакомства детей со свойствами предметов изменялась структура межличностного общения. Родители видели в младенце равноценного партнера, способного на ответную коммуникацию, и учились замечать минимальные изменения в его поведении.

При осуществлении коррекционно-развивающей работы учитывалась следующая классификация видов действий (Д.Б.Эльконин, 1989):

- Неспецифические действия: постучать, потереть, бросить и т.п. Использовались предметы различной формы, величины, веса - для того, чтобы ребенок мог совершать действия одной рукой и двумя.
- Специфические действия: катать мяч, надевать и снимать кольца, раскачивать подвешенные игрушки, катать мяч по желобу, складывать шары в коробку и т.п.
- Простые действия: есть ложкой, пить из чашки, баюкать куклу, катать машинку, одеваться (частично) и т.п.
- Соотносящие действия: собирать кольца в ведро; закрывать коробочки и т.п.

В первом периоде (до 3 месяцев) основное внимание в работе с ребенком уделялось развитию ощущений. Одна из первых анализаторных систем, начинающая активно функционировать сразу же после рождения, - тактильная. Для новорожденного особенно значимы ощущения поверхности, характера прикосновения, свободы или ограничения движений. На начальном этапе взрослый создавал для ребенка «информационное поле», способствующее накоплению тактильных ощущений.

Способы педагогического воздействия:

- выкладывание ребенка на поверхность и укрывание тканью различной фактуры (пеленка, одеяло, тканое покрывало, ворсистая поверхность, вафельное или махровое полотенце, клеенка);

- чередование мышечных ощущений ребенка от пеленания и, наоборот, от нахождения в «свободном» состоянии;
- изменение положения тела ребенка, выкладывание ребенка на бок, на живот, на спину, изменение положения рук;
- манипуляции с телом ребенка в сочетании с ласковой, нежной интонацией голоса (прикосновения и поглаживания сопровождаются протяжными, напевными интонациями; похлопывания - ритмичной интонацией, потряхивания ручек и ножек с ярким, эмоционально насыщенным интонированием);
- локализация тактильных ощущений на отдельных участках тела ребенка. Для этого в кроватку младенца клали предметы и материалы разного качества (бумага, поролон, целлофан, грелка, пришитые к пеленке пуговицы, мешочки с горохом и другие твердые и мягкие, теплые и холодные, гладкие и шершавые предметы), прикосновение к которым рукой или ногой вызывало ощущение, а позднее захват, ощупывание, изучение.

Выполняя поглаживание, похлопывание малыша родители способствовали активизации осязательной функции и зрительного восприятия. Зрительное восприятие начинает развиваться с физиологической реакции - ощущать световое и цветовое раздражение. Мама выкладывает малыша на яркий солнечный свет, а малыш начинает морщиться, щурить глазки. Лицо матери, то приближающееся к ребенку, то отдаляющееся от него также является одним из первых зрительных раздражителей. Для дополнительной стимуляции зрительных ощущений над кроваткой ребенка вывешивались яркие игрушки (подвесные карусели, воздушные шары, гирлянды, бусы, бумажные ленты). Следующая задача, заключалась в том, чтобы научить ребенка сосредотачивать, фиксировать взгляд, на предмете. Первым объектом, на котором останавливался взгляд, были глаза мамы, затем яркие статичные предметы. Младенец начинал удерживать взгляд или прослеживать движение также, ориентируясь на лицо матери, а затем уже на предмет. Для развития умения фиксировать взгляд на предмете предлагались упражнения по

перемещению яркой (красной или розовой) погремушки диаметром 5-7 см. по вертикальной, горизонтальной, кривой линии. При соскальзывании взгляда ребенка с игрушки взрослый встряхивал предмет, извлекал из него звук или ощущение движения руки и воздуха, что дополнительно привлекало внимание младенца. Когда ребенок переводил взгляд с лица матери на предмет и обратно, закладывалось умение переключать внимание с одного предмета на другой. Для развития этого навыка использовалось специальное упражнение. Ребенку демонстрировали одновременно два предмета, затем один отводили в сторону, а другой оставляли на месте. Попеременное и поочередное встряхивание предметов (со звуком и без звука) побуждало младенца поворачивать голову и глаза то к одному, то к другому предмету. Все упражнения проводились в непосредственной близости от ребенка (расстояние вытянутой руки взрослого от лица ребенка). Развитие зрительного сосредоточения позволяет ребенку осуществлять ориентировочную и поисково-ориентировочную деятельность. В возрасте 2-3 месяцев родителям предлагалось активно менять местоположения ребенка, выкладывать на живот, брать на руки, располагать вертикально, перемещать по комнате. Так, под контролем зрения, малыш получал первые уроки ориентировки в пространстве. Полученные зрительные впечатления проявлялись в форме узнавания (задержка взгляда на знакомом предмете), что свидетельствовало о развитии зрительной памяти.

Игровые упражнения по развитию тактильно-двигательной и зрительной сферы сочетались с упражнениями, стимулирующими развитие слуховых координаций. На фоне непосредственного эмоционально-личностного общения младенца с мамой формировалась первая слухо-зрительная координация (сочетание зрительного образа со звуком). Для этого в период новорожденности родители много разговаривали с ребенком, что помогло выделить голос из ряда звуков и соотнести голос с лицом взрослого. На следующем этапе формировали умение различать силу голоса и звука,

мелодичность интонаций. Для развития слухового сосредоточения использовали:

- погремушки с низкочастотным, среднечастотным, высокочастотным звуками;
- новые, необычные для ребенка звуки (шуршание спичек в коробке, звон монет в железной или стеклянной банке, стук гороха в пластмассовой коробке);
- чередование звуков;
- интонационные возможности голоса мамы (ласковые, веселые, нежные, строгие, грустные);
- изменение силы голоса (разговаривали с ребенком шепотом, полусшепотом, голосом обычной силы, громким, использовали немую артикуляцию);
- широко применялись аудиозаписи детских песен и звуков природы.

По мере развития слухо-зрительных координаций развивалась общие движения и функциональные возможности кистей рук (в работе по ознакомлению родителей с нормативами физического развития на 1 году жизни, обучению двигательным упражнениям мы ориентировались на методику Е.Л.Мигуновой «Гимнастика и массаж для детей раннего возраста». — М., Медицина, 1974). Формирование мелкой моторики носило пассивный характер, действия за ребенка выполнял взрослый. В ладонь ребенка поочередно вкладывали небольшие, удобные для захвата предметы (шары, палочки). Если захват предмета был ослаблен, то взрослый сжимал своей рукой предмет и ладонь младенца, как бы показывая силу зажима; если ладонь ребенка зажата, взрослый раскрывал кулак и вкладывал предмет. На следующем этапе кроме шаров и палочек родителям рекомендовалось использовать для захвата предметы разной формы, величины, фактуры, вкладывать их в руку малыша, подкручивать, прокатывать по ладони (ленты, кусочки ткани, поролоновые или бумажные шарики, мандарин, киви и др.). Для того чтобы дополнить и обогатить мышечные кинестезии предмет

прикладывали к оральной области, к различным частям тела. Двигательной активности руки способствовал массаж ладони и пальцев рук:

- раскрыть ладонь и собрать пальчики в кулак,
- погладить ладонь, начиная с внутреннего ребра ладони,
- спрятать большой палец в кулак, раскрыть кулак и закрыть – большой палец сверху,
- погладить и растереть каждый палец,
- поочередно надавливать на подушечки каждого пальца,
- выполнить круговые движения каждым пальцем,
- круговое вращение всей ладонью,
- сгибание большого пальца к ладони,
- поочередное соединение большого пальца с другими,
- соединить кулачки двух рук и постучать ими,
- прикосновение и хлопки двух ладошек,
- потереть ладони (продольные и поперечные движения),
- потереть тыльной стороной одной ладони о другую.

В ходе непосредственного общения ребенка со взрослым появлялись первые положительные вокализации ребенка, которые в большей степени представляли собой рефлекторные реакции. Для укрепления, развития взаимодействия моторных навыков дыхательной, фонационной и артикуляционной мускулатуры ребенка взрослый выполнял: поперечные и круговые поглаживания, растирания грудной клетки; ритмичные сгибания и разгибания рук. В результате таких действий положительные крики детей становились более звучными.

В период с 3 до 6 месяцев от пассивных движений и действий дети переходили к активным действиям с предметами. Рассматривалась следующая последовательность овладения активными действиями:

1. Касания.

Касание рукой/ногой различных предметов по форме, фактуре, величине, температурным параметрам.

2. Захват предмета:

- а) случайный захват, без контроля со стороны зрения,
- б) осознанный захват:
 - захват предмета без учета его формы,
 - готовность руки к захвату предмета,
 - захват предмета, находящегося в непосредственной близости,
 - из различных положений: лежа на спине, лежа на животе, сидя, стоя,
 - захват удаленного предмета.

3. Действия с одним предметом:

- а) моторные: захватывает, размахивает и бросает;
- б) сенсорные: ощупывает, тянет в рот, рассматривает;
- в) моторно-сенсорные: стучит, размахивает, теребит, рвет;
- г) сенсо-моторные: разглядывает, крутит, поворачивает в руках, берет в рот, нажимает.

4. Действия с двумя предметами поочередно.

Ребенок действует с одним предметом, взрослый дает ребенку другой (или в поле зрения вносится другой предмет), первый предмет - забыт, все действия переносятся на второй.

5. Действия с двумя предметами одновременно:

- а) первый предмет ребенок берет сам, второй предмет вкладывает в свободную руку младенца взрослый;
- б) последовательное принятие второго предмета: ребенок действует одним предметом, в ответ на предложенный второй не отказывается от первого;
- в) взрослый одновременно подает ребенку два предмета;
- г) взрослый демонстрирует образцы действий с 2 предметами, ребенок повторяет.

Из приведенного перечня видно, что основным действием, без которого не возможны все последующие, является целенаправленное хватательное

движение предмета. Учитывая это, предлагали следующее игровое упражнение. Взрослый вносил в поле деятельности малыша яркую, мягкую игрушку, величиной 15-20 см., привлекал к ней внимание. Ребенок вытягивал руки, касался игрушки, и взрослый отдавал предмет. Удерживание такой игрушки требовало участия 2-х рук и раскрытой (а не зажатой в кулак) ладони. Использование этого приема базируется на врожденной защитной реакции младенца – выбрасывать руки вперед перед приближающимся к лицу предметом (Т. Бауэр, 1985, с.106). Постепенно игрушки становились разнообразнее по форме и фактуре, меньше по размеру. После того, как ребенок овладел захватом предложенного взрослым предмета, осваивались самостоятельные захваты игрушек подвешенных над грудкой младенца и расположенных в зоне его досягаемости.

Кроме захвата взрослый учил ребенка крутить, трясти, сжимать, перекладывать игрушку из одной руки в другую, т.е. учил осваивать навыки манипулирования под контролем зрения и слуха. Педагог обучал родителей умению замечать у детей реакции активности (эмоциональной, познавательной), поиска, ориентировки; вести «диалог» с младенцем (вызывать и поддерживать вокализацию). Активные действия с предметом способствовали развитию зрительно-моторных и слухо-двигательных координаций.

В возрасте 6 – 9-и месяцев дополнительным стимулом при захвате предметов являлось изменение положения тела ребенка, удаление и приближение игрушки, увеличение количества и разнообразие предметов манипулирования. У детей появились предпочтительные предметы и действия, что свидетельствовало о развитии познавательной активности. Непосредственное взаимодействие младенца с объектами окружающего мира позволило ощутить, выделить на чувственной основе характерный признак предмета. Затем младенцы учились замечать удаленные предметы: часы, лампа, телевизор, ковер, ваза, тянули к ним руки или дольше обычного задерживали взгляд. Они запоминали местонахождение одного предмета, который

становился для них ориентиром в пространстве комнаты. Взрослый, перемещаясь по комнате, голосом призывает ребенка к общению. Младенцы быстро реагировали поворотом головы, проявляли повышенную двигательную активность на любимые звуки. Родители старались регулярно пополнять информационное поле ребенка новым звуковым материалом. Для манипуляций младенцев подбирали специальный звуковой материал: музыкальные молоточки, шуршащая бумага, мягкая фольга, целлофан, и т.п. Широко использовались аудиозаписи «речи» ребенка, их последующее прослушивание. Младенца учили умению слушать и имитировать звуки. Например, ребенка стучит погремушкой по столу, мама копирует звук, сохраняя ритм, и произносит «бум-бум-бум», останавливается, дает послушать звук погремушки и снова произносит звуковой ритм.

В этом возрасте младенцы пытались самостоятельно повторять голосовые интонации взрослых, т.е. вокализация получила подкрепление со стороны слухового восприятия. Для упрочения слухо-двигательной связи родителям предлагается копировать вокализации ребенка. Такое упражнение организует внимание ребенка, готовит детей к фонематическому сличению звуков.

К году двигательные умения детей совершенствуются, устанавливаются особые эмоциональные отношения в общении мамы с ребенком. Способность родителей видеть и замечать происходящие даже незначительные изменения в развитии детей, осознание их потребностей побудили к практическому ознакомлению младенцев со свойствами предметов. Особое внимание со стороны родителей уделялось лепке из цветного теста, играм с водой, песком, мукой, бумагой, клейстером (киселем), мыльной пеной, со цветной проволокой, с различными видами природного материала. В ходе проведения ознакомительных упражнений младенцы совершенствовали координацию рук, развивали познавательный интерес, разнообразили сенсорные ощущения.

Ознакомление детей со свойствами предметов

Материал	Действия ребенка
Цветное тесто	хлопать рукой по лепешке; мять тесто в кулаке; делать углубления в тесте кулаком, пальцем; отрывать и отщипывать тесто; погружать руки в тесто
Клейстер (кисель)	хлопать ладошкой по студенистой массе; размазывать ладонью по пластмассовой доске; собирать клейстер в кучу; «рисовать» пальцем линии, точки; погружать руки в емкость с клейстером
Вода	шлепать ладошкой (булькать); стряхнуть кисти рук; стряхнуть с пальцев (брызгать); наполнить емкости и вылить из них; размешать подкрашенную воду
Мыльная пена	набрать в ладошку; перекладывать из одной руки в другую; стряхнуть с рук; сдуть с ладошки
Сыпучие материалы (песок, крупа, горох, фасоль)	прикладывать ладони к россыпи на столе; круговые движения по россыпи; захват россыпи в кулак; захват крупинки пальчиками; погружение рук в емкость с россыпью
Мука	загребать в кучу; стряхивать рука об руку; сдуть с руки; рисовать по рассыпанной муке; использовать дополнительные атрибуты: кисть, мяч, пластмассовые палочки, пульверизатор
Сухая бумага	рвать, мять, подбрасывать, сдуть
Мокрая бумага	мять, рвать, скатывать, растягивать
Обшитая цветная проволока	гнуть, крутить, соединять концы, растягивать

В этом периоде ребенку показывал способы сличения и сопоставления предметов, выделения признаков предметов и нахождения между ними сходства. Для этого взрослый показывал глаза у ребенка и у куклы, объемную игрушку и ее плоскостное изображение, красный мяч и красный кубик; предлагал послушать звук реального предмета и его голосовую имитацию, аудиозапись и живой голос, ритм отбиваемый игрушкой и имитируемый голосом; учил соотносить визуальный и звуковой образ, предлагал найти заданный предмет или выполнить указанное действие.

У ребенка с врожденной расщелиной губы и неба неправильная работа мышц артикуляционного аппарата вызывает искаженную фонацию, акустический образ звука не совпадает с артикуляторным воспроизведением. Нарушенная обратная связь лишает вокализацию слухового подкрепления, голосовая активность не получает естественного стимулирования. Поэтому педагогические действия в этом периоде и на протяжении всего первого года жизни направлены на удержание и восполнение нормативной вокализации с помощью специальных упражнений и игр. Для родителей особо выделяли и показывали способы стимулирования голосовой активности у детей. Знакомили с основными способами стимулирования: эмоциональное общение с ребенком и молчаливое присутствие, длительное, напевное произношение звуков, поощрение вокализации ребенка, повтор звуков за малышом, слушание музыки и игра на музыкальных инструментах, ритмичные движения и действия с игрушками. Предлагали дополнительно использовать для вокализации массаж грудной клетки, двигательные упражнения, менять интонацию в разговоре с ребенком, активно использовать мимику и жесты. Учили родителей пассивно смыкать и размыкать губы ребенка в момент фонации; создавать механическую вибрацию голосовых связок, добиваясь чистоты звучания голоса, закрывать нос.

Таким образом, для развития психомоторной сферы младенцев с врожденной расщелиной губы и неба было применено дифференцированное коррекционно-развивающее воздействие, а педагогическая работа была опосредована действиями родителей.

3.2.2. Педагогическая помощь родителям, имеющих детей с врожденной расщелиной губы и неба

Развитие детей на первом году жизни молниеносно, каждый месяц младенца равен году дошкольника (С.Б. Лазуренко, 2005, 2013; К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Л.Г. Голубева, 1986; О.Г. Приходько, 2003, 2006; Р.В. Тонкова-Ямпольская и соавт., 1989). При такой скорости развития ребенка

методы и приемы обучения не могут не изменяться. Взаимодействие взрослого и ребенка в месяц, в 6 месяцев и в 12 месяцев существенно отличается. Большинство родителей интуитивно определяют возможности ребенка и способы коммуникации с ним, ориентируясь на существующие в обществе стереотипы, на предыдущий жизненный опыт, на коммуникативную ситуацию, чаще всего сам ребенок «диктует» взрослому способ общения.

Отклонения в развитии ребенка требуют особых действий со стороны родителей и тогда образ коммуникации, существующий в их сознании, с не совпадает имеющимся типом общения, возникают изменения межличностных отношений. Родители не видят или не хотят видеть особенностей в развитии ребенка, или особенности ребенка произвели на них настолько сильное впечатление, что они замыкаются, уходят в себя. Такое поведение родителей тормозит развитие младенца, усугубляет имеющееся у него нарушение (И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, 2001; И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева, 2008; Н.В. Мазурова, 2014; Р.Ж. Мухамедрахимов, 2001; Е.С. Набойченко, С.И. Блохина, 2004; О.Б. Половинкина, 2005, 2006; А.В. Старшинова и др., 2010; К. Тингей-Михаелис, 1988, В.В. Ткачева, 2005, 2007).

Отличительной особенностью обучения детей первого года жизни является его опосредованность. Педагог отмечает изменения в характере общения родителей с ребенком, отклонения в развитии младенца, владеет специфическими способами педагогического воздействия, однако, эталоном для подражания может быть только значимая для младенца личность, которая осуществляет постоянный уход, взаимодействует и общается с ним, чаще всего это мать. Педагогическое воздействие осуществляется через изменение межличностных отношений матери и ребенка. Для этого необходимо научить родителей замечать особенности в поведении ребенка, моделировать ситуации общения, стимулировать развитие, используя специальные методы и приемы обучения. Такая коррекционно-развивающая

работа предполагает активную позицию родителей в реабилитации младенца. Между педагогом и родителями выстраиваются отношения сотрудничества во благо ребенка. Отсюда цель работы педагога с родителями заключается в обучении родителей педагогическим технологиям взаимодействия со своим ребенком.

Задачи сотрудничества с родителями ребенка следующие:

- установление партнерских отношений с родителями,
- знакомство родителей с возрастными особенностями детей,
- предоставление родителям объективной информации о пороке речевого развития и его коррекции,
- привлечение родителей к сознательному определению задач индивидуальной коррекции,
- информирование родителей о существующих методиках раннего воспитания и обучения,
- обучение родителей специальным приемам ухода за ребенком и обучения его в домашних условиях.

Первая встреча логопеда с семьей - первичное посещение, происходит в конце периода новорожденности (первый месяц жизни ребенка). Во время этой встречи логопед:

- оценивает период адаптации малыша к новым условиям жизни; выясняет сложности, с которыми пришлось столкнуться родителям в течение первого месяца;
- предоставляет информацию о характере возможного речевого дефекта; об особенностях речевого развития у данной категории детей;
- обсуждает с родителями задачи коррекционно-развивающей работы на год и на месяц, определяет план совместных действий;
- объясняет и демонстрирует простейшие способы стимулирования ребенка;
- рекомендует игры и игрушки;

- акцентирует внимание родителей на особенностях ухода за органами артикуляции.

Дополнительно предоставляется информация о том, на что следует родителям обратить особое внимание в адаптационный период (подбор соски, положение при кормлении, гигиена рта и носа, особенности прогулок на свежем воздухе).

Спустя месяц проводится вторая встреча педагога с семьей. Это консультативное посещение и каждое последующее до конца первого года жизни начинается с диагностического обследования ребенка, полученные результаты обсуждаются с родителями, выясняется проблема развития, определяются задачи психического развития, предлагаются способы и приемы воздействия на проблемные зоны.

Диагностическое обследование ребенка ориентировано на оценку психомоторного развития: зрительная, слуховая, тактильно-оральная, тактильно-двигательная сферы и свободная деятельность младенца. Во время тестирования логопед может заметить неустойчивую реакцию на раздражитель, повышенную или пониженную двигательную активность, отсутствие вокализаций и др., все это является предметом разговора с родителями ребенка. В процессе разговора выясняется: насколько беспокоит родителей данное поведение малыша, какие меры воздействия предприняты. До сведения родителей доводится возрастная норма поведения и ожидаемая реакция на раздражитель. Предлагается провести в домашних условиях дополнительное стимулирующее воздействие на проблемные зоны, логопед показывает способы и приемы.

К 6 месячному возрасту, дети становятся соматически более крепкие, большинству из них выполнена хейлопластика, и они готовы заниматься не индивидуально, а в группе. Групповое занятие состоит из 3 частей. Первая часть – эмоциональная игра, в которую входит сюрпризный момент, тактильные действия, артикуляционная гимнастика, массаж неба, дыхательная гимнастика. Вторая часть – практические действия: знакомство с новым

предметом, материалом, свойством, действием. Обязательно включается стимуляция вокализаций, подражание, жестовое общение. Третья часть – активные движения ребенка или взрослого с ребенком. Подбираются задания на общую двигательную активность, на слуховое восприятие, на регуляцию и внимание.

Все фрагменты занятия объединяются темой, например *дерево, вода, зима, малыши и другое*. На занятии по теме «Дерево» дети слушают шелест листьев, вместе с мамой пытаются дуть на листья, водой по линолеуму «рисуют» листья, трогают ветки, «ходят» по спилу ствола, раскачивают руками, изображая ветки и листья. Разнообразные действия ребенка позволяют формировать полисенсорный образ предмета. Если ребенок не может выполнять действия самостоятельно, то за него моделирует движение мама. Мама берет руки малыша и раскачивает их над головой, имитируя качание деревьев, обмакивает руку ребенка в воду или краску и прикладывает к линолеуму – изображает рисование листьев. В возрасте одного года детей учат переносить хорошо знакомые действия в другую обстановку.

Фрагмент занятия по теме «Малыши». В гости приходит большая кукла Егорка, здоровается с детьми за руку. Егорка показывает, как он играет язычком (выполняет артикуляционную гимнастику логопед, побуждая детей к повтору действий). Егорка приглашает всех в гости. В гостях дети знакомятся с посудой, варят кашу, кормят Егорку (дети манипулируют игрушечной посудой, пытаются выполнять предметные действия - мешать кашу, кормить куклу). Потом идут гулять по дорожке, играют в игру «Раздувайся пузырь» (мамы берут детей за руки или на руки, выстраиваются в большой круг; движение родителей на сближение и расхождение, звуковое сопровождение вызывают у детей положительные эмоции). Егорка, а вместе с ним и дети, возвращается домой, раздевается, укладывается спать (дети знакомятся с одеждой и постельными принадлежностями, помогают Егорке отыскать пары носков, выполняют предметное действие – укачивание).

Во втором полугодии первого года проводится не менее 10 групповых занятий: 5 занятий в III периоде (с 6 до 9 месяцев) и 5 занятий в IV периоде (с 9 до 12 месяцев).

Отличительные особенности работы родителей с детьми первого года жизни

1. характер педагогического воздействия

Взрослый сопровождает свою речь паралингвистическими средствами языка. Для коммуникации с младенцем используется язык движений, жестов, мимики, интонации.

2. активное участие родителей

Позиция мамы «за ребенком» во время педагогического занятия позволяет ей регулировать поведение малыша, направлять внимание, фиксировать, а порой и моделировать действия ребенка, совершать индивидуальный показ и проработку движений.

3. использование повторов дидактических игр и упражнений.

В ходе занятия допускается повторы игр и упражнений до 3 раз (дважды повторяет педагог, один раз мама или наоборот).

Такой характер педагогической работы позволяет обучить маму наблюдать за особенностями поведения ребенка, сознательно стимулировать развитие, использовать для коррекции специальные методы и приемы.

3.3. Анализ эффективности коррекционно-развивающей работы

Коррекционно-развивающая работа по формированию психомоторной сферы младенцев с врожденной расщелиной губы и неба осуществлялось в поликлиническом отделении центра «Бонум». В ходе педагогической коррекции все дети получали необходимое лечение со стороны педиатра, невролога, отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга и других специалистов, по мере необходимости могли быть направлены на стационарное или санаторно-оздоровительное лечение.

Эффективность ранней педагогической поддержки оценивалась по данным катамнестического наблюдения за ходом речевого развития 50 детей. Отбор проводился методом случайной выборки из экспериментальной группы детей с врожденной расщелиной губы и неба (ЭГ).

В контрольном эксперименте участвовало 2 группы детей. Первая группа включает 25 детей, не получавших раннюю педагогическую поддержку; вторая – 25 детей, получавших дифференцированную коррекционно-развивающую помощь. Тестирование детей велось по классической методике логопедического обследования.

Полученные результаты катamnестического наблюдения в возрасте 3 лет представлены в таблице № 14.

Таблица 14.

Катамнез речевого развития детей в возрасте 3 года (N=50)

Педагогическое заключение	1 группа Дети, не получавшие раннюю педагогическую помощь	2 группа Дети, получавшие раннюю педагогическую помощь
Речевая норма	3	4
Легкая степень задержки речевого развития (ЗРР)	8	11
Средняя степень ЗРР	14	10
Выраженная степень ЗРР	-	-

Таблица указывает на минимальные различия речевого развития в первой и во второй группах в трехлетнем возрасте у детей с врожденной расщелиной губы и неба, что предположительно обусловлено заложенными биологическими предпосылками развития речи.

Катамнестические наблюдения речевого развития в возрасте 5 лет существенно меняются (таблица № 15).

Таблица 15.

Катамнез речевого развития детей в возрасте 5 лет (N=50)

Педагогическое заключение	1 группа Дети, не получавшие раннюю педагогическую помощь	2 группа Дети, получавшие раннюю педагогическую помощь
Речевая норма	3	7
ФНР, ФФНР	6	14
ОНР-3	14	4
ОНР-2	2	-
ОНР-1	-	-

Данные таблицы свидетельствуют, что у детей, получавших раннюю коррекционно-развивающую помощь, остались дефекты фонетического и фонетико-фонематического характера (ФНР, ФФНР), в то время как среди

детей, не получавших такой помощи, в большинстве случаев имелось общее недоразвитие речи (ОНР-3).

Таблица 16.

Катамнез речевого развития детей в возрасте 10 лет (N=50)

Педагогическое заключение	1 группа Дети, не получавшие раннюю педагогическую помощь	2 группа Дети, получавшие раннюю педагогическую помощь
Речевая норма	6	11
ФНР, ФФНР	17	13
ОНР-3	2	1
ОНР-2	-	-
ОНР-1	-	-

Результаты пролонгированного наблюдения подтверждают общую тенденцию эффективности ранней педагогической помощи. Дети, получавшие раннюю педагогическую помощь, имеют в два раза больше шансов на нормативную речь, чем дети, не получавшие ранней педагогической помощи. К сожалению, в обеих группах имеются дети, у которых кроме фонетических и фонетико-фонематических нарушений, в речи присутствуют лексико-грамматические ошибки. В первой группе это мальчик и девочка, учащиеся школ VII вида (для детей с задержкой психического развития) и V вида (для детей с речевыми нарушениями), во второй группе мальчик, учащийся школы VII вида.

При проведении катамнестического наблюдения особое внимание обращалось на состояние фонетической стороны речи (звукопроизношение и голос) в указанных группах детей. Нами использовалась 4-балльная оценочная шкала М. Морли оценка (таблица №17).

Таблица 17.

Катамнестические наблюдения за состоянием фонетической стороны речи в 3 года, 5, 10 лет (N=50)

Оценка речи по М. Морли	1 группа Дети, не получавшие раннюю педагогическую помощь			2 группа Дети, получавшие раннюю педагогическую помощь		
	3 года	5 лет	10 лет	3 года	5 лет	10 лет
Отлично	-	3	10	-	7	14
Хорошо	8	15	10	16	16	9
Удовлетворительно	16	7	5	9	2	2
Плохо	1					

Из таблицы видно, что наблюдается существенная разница в состоянии фонетической стороны речи (голоса и артикуляции) у детей, не получавших и получавших коррекционно-развивающую помощь в 3 и 5, 10-летнем возрасте.

Сопоставив полученные данные с медицинскими заключениями специалистов, прослеживается тенденция зависимости развития речи у детей с врожденной расщелиной губы и неба:

- в 3-летнем возрасте фонетическая сторона речи детей 1 и 2 подгруппы коррелировала со сроками проведения операции, соматическим и неврологическим здоровьем ребенка;
- в 5-летнем возрасте звукопроизношение детей 1 и 2 подгруппы во многом зависела от наличия или отсутствия дизартрической симптоматики, определявшей просодические компоненты (силу, мелодичность, темп и тембр голоса); качество и скорость освоения звуков родного языка;
- в 10-летнем возрасте на фонетические особенности речи детей 1 и 2 подгруппы оказали существенное влияние отдаленные последствия врожденной расщелины губы и неба: искривление носовой перегородки, открытое рото-носовое соустье, сужение носового хода, деформация прикуса (дистальный и суженный прикус), низкий свод твердого неба, недостаточность замыкательной функции небно-глоточного кольца.

Представленные в таб. №16, №17 данные свидетельствуют о том, что дети, получившие раннюю педагогическую помощь, оказались более успешны

в речевом развитии, чем дети, которые не получавшие раннюю коррекционно-педагогическую помощь. В первой группе испытуемых были обнаружены более сложные отклонения в виде ОНР различного уровня. Данные различия проверены на значимую достоверность критерием знаков G, что свидетельствует об эффективности применяемой своевременной коррекционно-педагогической помощи.

Выводы по 3 главе:

- 1) Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба учитывает возрастные нормативы развития детей первого года жизни, отражает особенности развития детей изучаемой категории и предполагает дифференцированный подход к проведению коррекционно-развивающей работы.
- 2) Коррекционно-развивающая работа с младенцами, имеющими врожденную расщелину губы и неба, требует обязательного участия родителей в педагогическом процессе.
- 3) Катамнестические наблюдения за речевым развитием детей с врожденной расщелиной губы и неба показали, что проведение ранней коррекционно-развивающей работы по формированию психомоторной сферы способствует предупреждению недоразвития речи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного анализа специальной психолого-педагогической и медицинской литературы по проблеме исследования раскрыты основные теоретические положения взаимозависимости и взаимообусловленности психомоторного и речевого развития у детей в норме, которые доказывают единую природу порождения психомоторного и речевого развития, что позволяет логопеду оказывать раннюю педагогическую помощь младенцам. Освещены факты имеющегося положительного опыта предупреждения недостатков развития и коррекции развития в младенческом возрасте у разных категорий детей.

Рассматривается одно из условий внедрения в практику ранних операций по устранению врожденной расщелины губы и неба - участие логопеда в реабилитационном процессе на этапе доречевого развития детей, таким образом, назрела необходимость создания педагогической технологии предупреждения недоразвития речи у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба.

Педагогическая помощь младенцам с врожденной расщелиной губы и неба направлена на предупреждение вторичного нарушения развития, недоразвитие речи, посредством формирования наиболее динамичной структуры младенческого возраста – психомоторной сферы. Процесс психомоторного развития представлен в работе как единство восприятия и движения, включающий в себя фазу ориентировки и фазу исполнения движений.

Для изучения психомоторной сферы детей с врожденной расщелиной губы и неба в условиях поликлинического приема логопеда составлена скрининг-диагностика педагогического обследования младенцев при непосредственном участии родителей. В ходе исследования получены достоверно значимые результаты отставания младенцев с врожденной расщелиной губы и неба в развитии психомоторной сферы по параметрам тактильно-орального, тактильно-двигательного, слухового, зрительного

развития, наблюдение за свободной деятельностью ребенка. Таким образом, нарушение психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба отмечается не только в фазе исполнения движения, но и на фазе ориентировки.

В результате анализа количественных и качественных результатов психомоторного развития выделены 3 подгруппы младенцев с врожденной расщелиной губы и неба, у которых психомоторное развитие находится в пределах возрастной нормы (58%), развивается замедленным темпом (32%) и отстает (10%). Сопоставление клинических диагнозов в 3-х подгруппах показало отсутствие прямой зависимости психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба от вида расщелины, в то же время катamnестические наблюдения за речевым развитием детей в подгруппах выявили причинную связь между развитием психомоторной сферы в младенческом возрасте и последующим речевым развитием.

С учетом возрастных особенностей развития, в соответствии с выявленными нарушениями психомоторной сферы у изучаемой категории детей, представленная коррекционно-развивающая работа предусматривает дифференцированное педагогическое воздействие через стимуляцию, развитие и коррекцию непосредственного эмоционально-личностного общения матери и ребенка. Ее содержание определяется основными направлениями педагогической работы в каждой подгруппе детей с врожденной расщелиной губы и неба, а также оказанием педагогической помощи родителям этих детей.

Эффективность дифференцированной коррекционно-развивающей работы по формированию психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба доказана данными 10-летнего наблюдения за ходом речевого развития, проверена на значимую достоверность критерием знаков G, что позволяет рассматривать данную технологию как педагогическое условие предупреждения недоразвития речи.

ВЫВОДЫ:

- В результате проведенного анализа специальной психолого-педагогической и медицинской литературы научно доказана необходимость создания педагогической технологии предупреждения речевых нарушений у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба.
- Выявлена причинно-следственная зависимость между сформированностью психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба и их последующим речевым развитием.
- Обследование с помощью разработанной диагностической методики позволило установить особенности психомоторного развития младенцев с врожденной расщелиной губы и неба, определить степень и характер отставания в развитии, достоверно показало отсутствие зависимости психомоторного развития от вида расщелины.
- Раскрыто содержание работы логопеда в условиях поликлинического приема, отражающий взаимодействие педагога с младенцем, имеющим врожденную расщелину губы и неба, и его родителями.
- Использование разработанной педагогической технологии по предупреждению недоразвития речи у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба в сочетании с комплексным лечением, с ранними сроками проведения хирургического вмешательства способствуют становлению межличностной коммуникации матери и ребенка, стимулирует и корригирует развитие его психомоторной сферы.
- Катамнестический анализ показал эффективность разработанной педагогической технологии по предупреждению недоразвития речи, ее способность создавать благоприятные условия для дальнейшего речевого развития ребенка с врожденной расщелиной губы и неба.

Список литературы

1. Авалишвили А.М. К вопросу о стадиях развития речи ребенка: Автореф. дис. ... док. пед. наук. – Тбилиси: 1963. – 54 с.
2. Авдеева Н.Н., Мещерякова С.Ю. Этапы развития общения со взрослыми на первом году жизни ребенка // Общение и развитие психики. - М.: АПН СССР, 1986. - С.72-83.
3. Аверин В.А. Психология детей и подростков. -2-е изд., перераб. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1998. – 379 с.
4. Агаева В.Е. Консультативная работа логопеда с родителями детей с врожденной небной патологией // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. - С. 7-8.
5. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учебное пособие / Цветкова Л.С., Семенович А.В., Котянина С. Н. и др.; Под ред. Л. С.Цветковой. - М.; Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЕК», 2001. – 272 с.
6. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. - М.: «Просвещение», 1973. - 149 с.
7. Алмазова О.В. Педагогические технологии в коррекции частных функциональных расстройств у детей с ограниченными возможностями здоровья // Специальное образование. – 2014. - №1. - С. 14-23.
8. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2002. – С. 261 – 299.
9. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем [Предлож. проф. К. Е. Судакова и др.]; Академия медицинских наук СССР – М.: Медицина, 1975. – 447 с.
10. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с детским церебральным параличом (доречевого период). - М.: Просвещение, 1989. – 76 с.

11. Аскарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. – М., Медицина, 1969. – 255с.
12. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216 с.
13. Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития. – М.: «Экзамен», 2004. – 128 с.
14. Баенская Е. Р., Разенкова Ю. А., Выродова И. А. Мы: общение и игра взрослого с младенцем. - М.: ООО «Полиграф сервис», 2001. – 160 с.
15. Балакирева А.С. Коррекционная работа с детьми раннего возраста после пластики неба: Автореф. дис. ...канд. пед. наук – Москва, 2005 .– 16 с.
16. Баландина Е.А. Симановская Е.Ю. Зайцева Н.В. Вопросы медицинского и социального здоровья детей пермского региона // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М.: МГМСУ, 2002. - С. 19-23.
17. Баранская Л.Т., Леонов А.Г., Блохина С.И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. – Екатеринбург: «СВ-96», 2005. – 128 с.
18. Баркане Б. Я., Грасманис Н. Б., Стапане С. К. Показания и результаты фарингопластики лоскутом с задней стенки глотки // Стоматологическая помощь. – Рига, РМИ, 1988. – С. 192-200.
19. Басов М. Я. Избранные психологические труды. - М., Педагогика, 1975. – 432 с.
20. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития / Пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2000. – 350 с.
21. Бауэр Т. Психическое развитие младенца / Пер. с англ. А.Б. Леоновой – 2-е изд. - М.: «Прогресс», 1985. – 319 с.
22. Безруков В.М., Рабухина Н.А. Деформации лицевого черепа. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 312 с.
23. Беккер К.-П., Совак М. Логопедия. – М.: Медицина, 1981. – С. 164-171.

24. Белкин А.С. Основы возрастной педагогики. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 192 с.
25. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии). – М.: Педагогика, 1977. – 176 с.
26. Бельтюков В.И. Речь как проводник информации. – М., Изд-во «Наука», 1982.
27. Бельтюков В.И. Программа овладения детьми произношением звуков речи. // Вопросы психологии. - 1979. - №4. - С. 66-77.
28. Бернадский Ю. И., Полеся Г. В., Макареня В. В. Медицинская реабилитация детей с несращениями неба. – Киев: Здоров'я, 1978. – 136 с.
29. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активности / Под ред. О.Г. Газенко. - М.: Наука, 1990. – 494 с.
30. Блохина С.И. Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук - Москва, 1992. – 50 с.
31. Блохина С. И. Набойченко Е.С., Калюш А. В. Медико-психологическая программа «Ответственное родительство» в системе реабилитации семьи ребенка с врожденной челюстно-лицевой патологией // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. – С. 25 - 27.
32. Бобрович Т.Н., Мамедов Ад.А., Набойченко Е.С., Обухова Н.В. Принципы системной медико-психолого-педагогической реабилитации пациентов с небно-глоточной недостаточностью // Современные реабилитационные технологии и качество здоровья (итоговой сборник научных материалов за 1996 г.) – Екатеринбург: РНПР «Бонум», 1997. – С. 190-195.
33. Божович Л.И. Избранные психологические труды. Проблемы формирования личности / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 212 с.

34. Бонвиллиан Дж.Д., Нельсон Н.Э., Чарроу В.Р. Язык и языковые способности у глухих детей и у детей с нормальным слухом // Психолингвистика - М.: 1984. – С. 103 – 142.
35. Булатовская Б. Я. Опыт комплексного лечения детей и подростков с врожденными расщелинами лица и неба в условиях централизованной диспансеризации: Дис. ... д-ра мед. наук – Свердловск, 1974. – 395 с.
36. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – СПб.: Питер, 2001. – 208 с.
37. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. – М., Просвещение, 1987. – 160 с.
38. Вансовская Л. И. Фонетические нарушения речи и пути устранения их у больных с открытой ринолалией после уранопластических операций: Автореф. дис. ... канд. пед. наук - Л.: 1977. - 24 с.
39. Вансовская Л. И. Методы обследования больных с открытой ринолалией // Современные проблемы физиологии и патологии голоса и речи. – Т. XXII – М., 1979, С. 66-71.
40. Вансовская Л. И. Принципы логовосстановительной работы при открытой ринолалии // Вопросы патологии голоса и речи. – М., 1983. – С. 19 – 22.
41. Вансовская Л. И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 136 с.
42. Вансовская Л.И., Щербакова Л.П. Спектральные характеристики гласных звуков в речи больных с открытой ринолалией // Современные проблемы физиологии и патологии голоса и речи. – Т. XXII – М., 1979, - С.60-66.
43. Васильева Е.П. Особенности речевых нарушений у детей при врожденной расщелине губы и неба // Современные технологии в диагностике и лечении, 2011, № 1. – С.46-48.
44. Васильева Е.П. Развитие голоса и интонационной выразительности речи детей с врожденной расщелиной губы и неба: Дис. ...канд. пед. наук – М., 2006. – 178 с.
45. Васильева Т.В. Формирование лексики младших школьников с ринолалией: Дис. ... канд. пед. наук - Екатеринбург, 1998. – 192 с.

46. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. – М.; Астрель, 2013. – 264 с.
47. Вильсон Д.К. Нарушения голоса. - М.: Медицина, - 1990. – С. 45- 47.
48. Виссарионов В.А., Блохина С.И., Мальчикова Л.П. Пути оптимизации лечебной программы для детей с врожденными расщелинами лица и неба // Материалы II съезда стоматол. организации. Волгоград, 23-25 мая, 1994 г. – Волгоград, 1994. – С.152-153.
49. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. М., Владос, 2002. – 272с.
50. Волосова Е.Б. Развитие ребенка раннего возраста (основные показатели). - М., ЛИНКА-ПРЕСС, 1999. – 72 с.
51. Волосовец Т.В. К проблеме изучения детей с врожденными расщелинами губы и неба в дошкольном периоде // Актуальные проблемы фониатрии: Тез. Докл. Междунар. Симпозиума 29 мая – 31 мая в г. Екатеринбурге. – М., 1996. – С.80 – 81.
52. Волосовец Т.В. Логопедическая работа с детьми в возрасте 1 – 3 лет с врожденными расщелинами губы и неба: Автореф. дис. ... канд. пед. наук - М., 1995. – 18 с.
53. Волосовец Т.В. Организация логопедической помощи детям с врожденными расщелинами неба в условиях ППМС-центров // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. – С. 46 - 49.
54. Воронцова Т.Н. Ортофонический метод лечения больных открытой ринопластикой после уранопластических операций // Стоматология. –1978. – № 1. – С. 64 - 69.
55. Ворфоломеева Л.Г., Мамедов Ад.А., Алимский А. В., Хадарцев А.А. Региональные особенности реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. – С. 36 - 38.
56. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. – М., Педагогика, 1984. – Т.4. С.286 – 317.

57. Выготский Л.С. Мышление и речь. Психика, сознание, бессознательное. – М.: Изд-во «Лабиринт», 2001. – 368 с.
58. Выготский Л.С. , Лурия А.Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. – М.: Изд – во «Педагогика Пресс», 1993. – 224 с.
59. Гальперин П.Я. Введение в психологию. - М.: «Книжный дом «Университет», 1999. – 332 с.
60. Герасимова А.С. Речевая терапия у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. – С. 55 - 60.
61. Годовикова Д.Б. Форма общения со взрослым как фактор развития познавательной активности ребенка – дошкольника // Общение и развитие психики - М.: АПН СССР, 1986.- С.96-106.
62. Гончаков Г.В. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук - М., 2004. – 64 с.
63. Гофман В.А. Диагностика и формирование предпосылок развития импрессивной стороны речи у детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС в условиях лечебно-профилактического учреждения: Дис. ...канд. пед. наук – Екатеринбург, 2005. - 222 с.
64. Грибова О.Е. Психолингвистика и логопедия: вопросы, предположения // Дефектология. – 1999.- № 3. – С. 3- 11.
65. Гуревич М.О., Озерский Н.И. Психомоторика. – М., Госмедиздат, 1930. ч.2.-174 с.
66. Гуцан А.Э. Уранопластика взаимоперекидными лоскутами. – Кишинев: Штинца, 1982. – 94 с.
67. Давлетшин Н.А. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в республике Башкортостан: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук – М., 2009. – 223 с.

68. Дарр Р. Первые три года жизни / Пер с нем. – М.: Просвещение, 1992. – 64 с.
69. Дерунова Т. Ю. Дифференцированный подход к коррекции речи детей с врожденной расщелиной губы и неба: Автореф. дис. ...канд. пед. наук – Москва, 2003. – 17 с.
70. Дети с отклонениями в развитии / Сост. Н.Д. Шматко. – М.: Аквариум, 1997. – 128 с.
71. Джонсон-Мартин Н.М., Аттермиер С.М., Дженс К.Г., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. – СПб.: Институт раннего вмешательства; КАРО, 2005.
72. Джуманиязов Ф. Д., Пономарева З. А., Ширяева З. Ф. Значение логопедических занятий в комплексном лечении больных с врожденными расщелинами неба // Основные стоматологические заболевания. Т., ТАШГОСМИ, - 1976. – С. 104 – 106.
73. Дмитриева В. С., Ландо Р. П. Хирургическое лечение врожденных и послеоперационных дефектов неба. - М., Медицина, 1968. – С. 54-59.
74. Долгополова Г.В. Раннее ортодонтическое лечение в комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба: Дис. ...канд. мед. наук – Москва, 2005. – 278 с.
75. Дормашев Ю. Б., Романов В. Я. Психология внимания. – М.: Тривола, 1995. – С. 171, 181-200.
76. Доросинская А. В. Психолого-педагогическая технология коррекции нарушений голосовой функции у детей дошкольного возраста с врожденной расщелиной губы и неба в системе комплексной реабилитации: Автореф. дис. ...канд. пед. наук - Екатеринбург, 2000. - 23с.
77. Доросинская А. В. Ранняя речевая реабилитация детей с врожденными расщелинами лица // Актуальные проблемы фониатрии: Тез. Докл. Междунар. Симпозиума 29 мая – 31 мая в г. Екатеринбурге. – М., 1996. – С.78 - 79.
78. Дубов М. Д. Врожденные расщелины неба. – Л-д, Медгиз, 1960. – С. 10-129.

79. Дубровинская Н. В., Фарбер Д. А., Безруких М. М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской логологии. - М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2000. – 144 с.
80. Дудина М. Н. Философская пропедевтика или философии все возрасты покорны. – Екатеринбург, Урал. ун-т, 2000. – С. 333 -338.
81. Егорова М.В. Ортодонтическое лечение детей раннего возраста с односторонней расщелиной верхней губы и неба с использованием в аппарате устройства из металла с памятью формы: Дис. ...канд. мед. наук – Москва, 2011. – 95с.
82. Елагина М. Г. Возникновение активной речи в процессе сотрудничества со взрослыми у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. псих. наук - Москва, 1977. – 16 с.
83. Елисеева Л. Н. Хрестоматия для маленьких. – 4-е изд., - М., Просвещение, 1982. - С. 16 – 31.
84. Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. – М.: Педагогика, 1984. – С. 3 – 140.
85. Ермакова И.И. Нарушения речи у лиц с дефектами неба и их коррекция: Автореф. дис. ... канд. пед. наук - Москва, 1980. – 17 с.
86. Жинкин Н. И. Механизмы речи. – М., Изд-во Академии педагогических наук, 1958. – 370 с.
87. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда. - Екатеринбург, Изд-во АРД ЛТД, 1998. – 320 с.
88. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981. – 270 с.
89. Зайцев Д.В. Проблемы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья – 2007. [http:// portalus.ru](http://portalus.ru)
90. Зак Г.Г. Социальная реабилитация детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью в условиях детского дома // Специальное образование. – 2012. - №2. – С. 49- 57.

91. Запорожец А. В. Психология. – М.: Уч. пед. издат., 1953. – 186 с.
92. Запорожец А. В. Избранные психологические труды: В 2-х т. - М.: Педагогика, 1986. - Т. 2. – 296 с.
93. Захарова Н. П. Логопедическая помощь детям с врожденной расщелиной неба на раннем этапе развития речи // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. – Ред. А.А. Колесов. - М., 1974. – вып.1. – С. 99-103.
94. Захарова Н. П. Роль логопедического обучения в плане комплексного лечения детей с врожденными расщелинами неба // Педиатрия. – 1967. - № 6. – С. 47- 49.
95. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте. – М.: Медгиз, 1962. – С. 140-151.
96. Зимняя И. А. Лингвopsиxология речевой деятельности. - М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. – 432 с.
97. Изучение произвольных движений и их коррекция у детей с ограниченными возможностями здоровья / под ред. В.В. Коркунова. – Екатеринбург, УрГПУ, 2013. – 204 с.
98. Ильина В.Н. Развитие личности ребенка от года до трех. – Екатеринбург: У-Фактория, 2003. – 432 с.
99. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия.- М.: Просвещение, 1983.–95 с.
100. Ипполитова А. Г. Приемы логопедической работы при открытой гнусавости // Уч. зап. / Моск. гос. пед. ин-т. им. В. И. Ленина. - М., 1955. – Т. 85. – С. 153 -175.
101. Исенина Е.И. Дословесная коммуникация глухих и слышащих детей // Дефектология. – 1984. - № 6. – С. 3-7.
102. Исенина Е.И. Дословесный период развития речи у детей. – Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1986. – 163 с.
103. Казаковская В.В. Вопросно-ответные диалогические единства в коммуникации «взрослый – ребенок»: прагматический и синтаксический аспект / Речь ребенка: ранние этапы // Труды постоянно действующего семинара по онтолингвистике. - Санкт-Петербург, 2000. – Вып. 1. - С. 169 – 201.

104. Казаковская В.В. Вопросно-ответные единства в диалоге «взрослый – ребенок». – СПб.: Наука, 2006. – 456 с.
105. Калюш А.В. Вопросы этиологии врожденной челюстно-лицевой патологии // Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией. – Екатеринбург: РПНЦ «Бонум», 1999. - С. 63-64.
106. Каракулова Е.В. Педагогическая технология преодоления системного недоразвития речи с учетом формирования эмоциональной сферы у дошкольников с функциональными нарушениями зрения: Дис. ...канд. пед. наук - Екатеринбург, 2011. – 279 с.
107. Карпова С.Н., Труве Э.И. Психология речевого развития ребенка. – Ростов н/Д: Изд-во Ростовского университета. - 1987. - 96 с.
108. Карякина И.А. Функционально-эстетическая реабилитация больных с односторонней расщелиной верхней губы и неба: Дис. ...кан. мед. наук. – М., 2005. – 155 с.
109. Касицына М.А., Бородина И.Г. Коррекционная ритмика. Комплекс практических материалов и технология работы с дошкольниками с ЗПР. - М., Гном, 2007. – 216 с.
110. Кириллова Е.В. Формирование предпосылок коммуникативной деятельности у безречевых детей: Дис. ...канд. пед. наук. – М., 2003.-205 с.
111. Кистяковская М.Ю. Развитие движений у детей первого года жизни. – М.: Педагогика, 1970. – 223 с.
112. Кистяковская М.Ю. Развитие детей в возрасте до одного года. – М., 1960. – 40 с.
113. Коваленко А.Ф., Копик И.И. Показатели физического развития и состояния дыхательной системы у детей с врожденными несращениями верхней губы и неба // Стоматология. – 1973. - №2. – С.110-112.
114. Козлова В. П. Система стандартизации и управления качеством комплексной реабилитации детей-инвалидов с врожденной челюстно-лицевой патологией: Автореф. дис. ...канд. мед. наук - Екатеринбург, 1999. - 50 с.

115. Колпак Т. В. Нарушение голоса в структуре речевого дефекта: Автореф. дис. ... канд. пед. наук - М., 1999. – 19 с.
116. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. - М.: Сов. Россия, 1973. – 160 с.
117. Кондрашев С.П., Дьякова С.В. Проблемы психологической реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. – С. 137 - 139.
118. Коркунов В.В. Концептуальные положения развития специального образования в регионе: от теоретических моделей к практической реализации. – Екатеринбург, Урал. гос. пед. ун-т, 1998. – 124 с.
119. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Б.П. Пузанов, В.И. Селиверстов, С.Н. Шаховская, Ю.А. Костенкова; Под ред. Б.П. Пузанова. - М., Издательский центр «Академия», 1998. – 144 с.
120. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания / Под ред. Стребелевой Е. А. – 2-е изд. – М.: Изд-во «Экзамен», 2004. – 128 с.
121. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего и младшего дошкольного возраста / Под ред. Серебряковой Н.В. – М., КАРО, 2008. – 112 с.
122. Костюк А.В. Педагогическая технология формирования экспрессивной речи у детей с врожденной гидроцефалией в преддошкольном возрасте: дис. ...канд. пед. наук – Екатеринбург, 2008. – 194 с.
123. Котлуков В.К. и др. Практические советы вскармливания младенцев сцеженным грудным молоком // Педиатрия – 2010. – Том 89, №5. – 91-94 с.
124. Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., расш., испр. и доп.- Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1999 – С. 320

125. Кроха: Пособие по воспитанию, обучению и развитию детей до трех лет / Г.Г.Григорьева, Н.П.Кочетова, Д.В.Сергеева и др. – М.: Просвещение, 2001. – 253 с.
126. Крушевская И.И. Фониатрические предпосылки реабилитации голоса при врожденных расщелинах неба // Стоматология. – 1981. - № 6. – С. 36 -38.
127. Кузнецова Н. С., Булатовская Б. Я. Особенности развития детей с врожденной расщелиной лица и неба и роль педиатра в их комплексном лечении // Педиатрия. – 1971. - № 5. – С. 72-75.
128. Куколь В. В. Основы логотерапии открытой гнусавости при расщеплениях неба // Вопр. логопедии. – Харьков. 1941. – Вып. 4. – С.49 –93.
129. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 608 с.
130. Лазуренко С.Б. Коррекционно-педагогическая помощь детям с нарушениями интеллектуального развития в системе комплексной реабилитации // Дефектология. – 2012. - №5. – С. 26-33.
131. Лазуренко С.Б. Коррекционно-педагогическая работа с недоношенными детьми первого года жизни: Автореф. дис. ... канд. пед. наук - Москва, 2005.- 26 с.
132. Лазуренко С.Б. Организация в учреждениях системы здравоохранения коррекционно-педагогической помощи детям первого года жизни с поражением ЦНС // Методическое письмо – М.: 2008. – 58 с.
133. Лазуренко С.Б. Современные задачи и содержание медико-психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях амбулаторно-поликлинического участка // Дефектология, 2013. - №3. – С.35-46.
134. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). - СПб.: СОЮЗ, 1999. – С. 3 – 51.
135. Лалетин А.И., Ястремский А.Р. Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба в Кировской области и организация

Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Стоматология, 2012. - № 2. – С. 51-53.

136. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. – М., Просвещение, 1991. – 97 с.

137. Лебединский В. В. Психофизиологические закономерности нормального и аномального развития // I Международная конференция памяти А. Р.Лурия. – Под ред. Е. Д.Хомской, Т. В.Ахутиной.– М.: Российское психологическое общество, 1998. - С. 193 - 201.

138. Лебединский В. В. Нарушения психологического развития у детей. - М., Изд-во Московского ун-та, 1985. – С. 1-27

139. Левина Р. Е. Опыт изучения неговорящих детей (алаликов). – М.: Учпедгиз, 1961. – 120 с.

140. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: «Академия», 2001. – 192 с.

141. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.

142. Леонов А.Г., Баранская Л.Т. Родительское отношение как детерминанта социальной адаптации детей, имеющих врожденную патологию челюстно-лицевой области. // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении. – Под ред. С.И. Блохиной, Г.А. Готовой. – Екатеринбург: «СВ – 96», 2004. С. 123-130.

143. Леонтьев А.Н. Генез человеческой речи // Психологический журнал. – 1988. - № 4. - т. 9.

144. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Политиздат, 1975. – 304 с.

145. Лешли Д. Работать с маленькими детьми, поощрять их развитие и решать проблемы / Пер. с англ. – М.: Просвещение, 1991. - 223 с.

146. Лимберг А.А. Врожденные расщелины губы и неба // Стоматология. – 1967. - № 1. – С. 11 - 15.
147. Лисина М.И. Проблема онтогенеза общения / Науч. – исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.
148. Лисина М.И. Общение, личность и психика / Под ред. А.Г. Рузской – 2-е изд. – М.: Московский психолого–социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. С. 321 – 374.
149. Лич П. Младенец и ребенок: От рождения до пяти лет / Пер. с англ. – 2-е изд., - М.: Педагогика-Пресс, 1992. – С. 56 – 62, 105 – 116, 140 – 162.
150. Лопатина Л.В. Уровневый подход в изучении психомоторики детей с речевой патологией // Психологическая наука и образование. – 2003. -№2. – С. 38-44.
151. Лубовский В.И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология. – 1994. - № 6. – С.3-5.
152. Лурия А.Р. Язык и сознание / Под ред. А.Д. Хомской. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979. - 319 с.
153. Лурия А.Р., Юдович Ф.Я. Речь и развитие психических процессов у ребенка. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. – 94 с.
154. Ляско Е. Е. Развитие речи малыша / Под ред. А.С.Батуева – М.: Айрес-пресс, 2003. – 208 с.
155. Мазурова Н.В. Модель психолого-педагогической помощи родителям детей с тяжелыми и хроническими заболеваниями: Дис. ...д-ра псих. наук - М., 2014. – 482с.
156. Макарова З.С., Доскин В.А., Голубева Л.Г. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста // Поликлиника. – 2005. - № 1. – С. 1-9. <http://poliklinika.zubtech.ru/article200501a03.php>
157. Максаков А.И. Об особенностях слухового восприятия у ринолаликов // Специальная школа. – 1968. - № 5. – С. 10 – 15.

158. Малофеев Н.Н. Перспективы развития учебных заведений для детей с особыми образовательными потребностями в России // Актуальные проблемы интегрированного обучения. - М., Права человека, 2001. – С. 30 -46.
159. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. – М.: Детстомиздат, 1998. – 309 с.
160. Мамедов Ад.А., Бандример О.А., Соловьев А.Н. Нарушения речевого развития у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Тезисы докл. II съезда стоматологов Узбекистана. - Ташкент, 1986. - С. 89-90.
161. Мамедов Ад.А., Обухова Н.В., Доросинская А.В., Набойченко Е.С. Нарушение речи и ее взаимосвязь с небно-глоточной недостаточностью // Вопросы практической фониатрии. Матер. Межд. Симпоз. 27-29 мая 1997 г. – М., 1997. – С. 212-214.
162. Мамедов Ад.А., Репина З.А., Шарова О.Б., Обухова Н.В. Реабилитация детей раннего возраста, коррекция нарушений речи, вызванных недостаточностью небно-глоточного кольца после первичной уранопластики // Материалы конференции «Проблемы младенчества», Москва, февраль 1999. – С. 34-36.
163. Мамедов Э.В., Бельченко В.А., Притыко А.Г. Врожденная патология черепно-лицевой области: актуальность и этиология // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. – С. 158 - 159.
164. Марчук Ю.В., Обухова Н.В., Степаненко Д.Г. Структурное моделирование информационно-интеллектуального подсказчика логопеда // Инженерия и инновационные технологии в медицине – сб. статей под ред. В.М. Лисиенко, С.И. Блохиной. – Екатеринбург: «СВ-96», 2006. – С.234-239.
165. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
166. Межличностные отношения ребенка от рождения до семи лет / Под ред. Е.О. Смирновой. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 240 с..

167. Мещерякова С.Ю., Авдеева Н.Н. Вы и младенец: у истоков общения. - М., Педагогика, 1991. – 150 с.
168. Мигунова Е.Л. Гимнастика и массаж для детей раннего возраста. – М.: Медицина, 1974. – 54 с.
169. Миллер С. Психология развития: методы исследования. – СПб.: Питер, 2002. – 464 с.
170. Митринович-Моджеевская А. Расстройства слуха и речи при расщелинах неба // Стоматология. – 1959. - № 4. – с. 85 – 86.
171. Митринович-Моджеевская А. Патофизиология речи, голоса, слуха / Пер. с польского С. Ланеева. – Варшава, Польское гос. мед. изд-во, 1965. – 133 с.
172. Морозова Е.И. Новые подходы к организации помощи семьям, воспритывающих проблемных детей раннего возраста // Дефектология. – 1998. - № 3. – С. 49 - 57.
173. Морозова Т.Ю., Довбня С.В. Шаг навстречу: Программы раннего вмешательства в домах ребенка. – М.: Генезис, 2011. – 168 с.
174. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2003. – 288 с.
175. Мухамедрахимов Р.Ж. Первая в России служба раннего вмешательства. // Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. / Сост. Н.Д.Соколова, Л.В.Калинникова. – М.: Изд-во ГНОМ и Д, 2001. – С. 129 – 135.
176. Мухина В.С. Детская психология / Под ред. Л.А.Венгера. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1965. – С. 44, 48.
177. Набойченко Е.С. Коррекционно-обучающая технология формирования адаптивного поведения детей дошкольного возраста с врожденной челюстно-лицевой патологией: Дис. ...канд. пед. наук – Екатеринбург, 1999. - 139 с.
178. Набойченко Е.С., Блохина С.И. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (на примере врожденной челюстно-лицевой патологии). – НПРЦ «Бонум». Екатеринбург, 2004.- 132 с.

179. Набойченко Е.С., Мамедов Ад.А. Обухова Н.В. Исследование психологического здоровья у пациентов с небо-глоточной недостаточностью // Современные реабилитационные технологии и качество здоровья (итоговый сборник научных материалов за 1996 г.). – Екатеринбург, РНПЦ «Бонум», 1997. С. 182-186.
180. Негневицкая Е.И., Шахнович А.М. Язык и дети. – М., Наука, 1981. – 111 с.
181. Нечипоренко В.Ф. Биоллингвистика в ее становлении. – М., МГПИ им. Ленина, 1984. С. 20 – 23.
182. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. – М.: Тривола, 1995. – 360 с.
183. Общение и речь: развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М.И.Лисиной. - М.: Педагогика, 1985. – 205 с.
184. Оздоровительная и воспитательная работа в доме ребенка: Кн. Для работников дома ребенка / Р.В. Тонкова-Ямпольская, Э.Л.Фрухт, Л.Г.Голубева и др.; сост. Э.Л.Фрухт. – М.: Просвещение, 1989. – 192 с.
185. Основы логопедической работы с детьми / Под ред. Г.И. Чиркина и др. - М.: АРКТИ, 2002. - С. 90 – 104.
186. Основы теории речевой деятельности / Отв. Ред. А.А. Леонтьев. – М., Наука, 1974, - 368 с.
187. Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет (Методические рекомендации). / Коллектив авторов: Бабина Р.Т. и др. – Екатеринбург, Изд-во УГМА, 2002. – 83 с.
188. Педагогическое речеведение. Словарь – справочник. / Под ред. Т.А. Ладыжинской и А.К.Михальской; сост. А.А.Князьков. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Флинта: Наука, 1998. – 312 с.
189. Персин С.Л. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация – М.: «МГМСУ», 2006. – 23 с.
190. Печора К.Л., Пантюхина Г.В, Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. - М.: Просвещение, 1986. – 144 с.
191. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. – СПб.: Союз, 1997. – 256 с.

192. Пиетин Х.А. Использование пособий в коррекционной работе с детьми, страдающими ринолалией // Дефектология. – 1971.- № 5. – С. 76-80.
193. Половинкина О.Б. Педагогическая поддержка семьи в процессе комплексной реабилитации ребенка с органическим поражением центральной нервной системы в условиях стационара // Дефектология. – 2005. - № 1. – С. 14 – 20.
194. Половинкина О.Б. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы: Автореф. дис. ...канд. пед. наук – М.: ИКП РАО, 2006. – 26с.
195. Помощь родителям в воспитании детей: пер. с англ. / Под ред. Пилиповского В. Я. – М., Прогресс, 1992. – 256 с.
196. Пономарева Е.А. Значение раннего логопедического воздействия для воспитания правильной речи у детей, страдающих врожденными расщелинами неба // Дефектология, 1978. - №5. – С 59-61.
197. Пономарева Е.А., Цыплакова М.С., Трушко М.Б., Керод Э.С., Степанова Ю.В., Пономарев О.Ю., Довбыш М.А. Мультидисциплинарный подход к речевой терапии и социальной реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. // Актуальные вопросы логопатологии / ред. И.В. Королева, - СПб, 2004. С. 84-88.
198. Приходько О.Г. Коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста, страдающими церебральным параличом: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. - Москва, 2001. - 24 с.
199. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни. – СПб.: РГПУ им.А.И. Герцена, 2006. – 112 с.
200. Приходько О.Г., Моисеева Т.Б. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 160 с.
201. Программа воспитания и обучения в детском саду. / Под ред. М.А.Васильевой. – М.: Просвещение, 1982. – С. 11 - 20.

202. Пронина Л.В. Формирование взаимодействия со сверстниками раннего и младшего дошкольного возраста с отклонениями в умственном развитии: Автореф. дис. ...канд. пед. наук - М., ИКП РАО, 2009. – 24 с.
203. Пружан И.И. Изменение величин воздушного давления в полости рта при артикуляции согласных больными с открытой ринолалией. // Современные проблемы физиологии и патологии голоса и речи. – Т. XXII – М., 1979. - С. 51-60.
204. Пружан И.И., Ольхин А.Б., Дмитриев А.В. Характер звуковых нарушений у больных с открытой ринолалией. // Вопросы патологии голоса и речи. – М., 1983. - С. 13-19.
205. Пружан И.И., Козлова З.В., Смирнова Н.А. Нарушения речи при открытой ринолалии по данным литературы. // Дефектология. - 1986, № 1., С. 90-93.
206. Психология межличностного познания. / Под ред. А.А. Бодалева. - Акад. пед. наук СССР. – М.; Педагогика, 1981. – 224 с.
207. Психофизиология. / Под ред. Ю.И.Александрова. – СПб.: Питер, 2001. – 496 с.
208. Пьянкова Р.С. Логопедическая работа с детьми, имеющими врожденную расщелину лица и неба // Дефектология. – 1970. - № 5.- С. 47-52.
209. Радзиховский Л.А. Деятельность: структура, генез, единицы анализа. // Вопросы психологии, 1983. - № 6. С. 121-126.
210. Радкевич А.А., Вахрушев Г.С., Гантимуров А.А., Иванов В.А. Хирургия расщелин неба с устранением патологии ЛОР-органов // Стоматология, 2014. - № 2. С. 33-36.
211. Развитие восприятия в раннем и дошкольном детстве / Под ред. А.В.Запорожца, М. И.Лисиной. – М.: Просвещение, 1966. - С. 16-49
212. Развитие личности ребенка от рождения до года / Сост. В.Н.Ильина. – Екатеринбург: Изд-во «У-Фактория», 2003. – 160 с.
213. Развитие общения у дошкольников / Под ред. А.В.Запорожца и М.И.Лисиной - М., «Педагогика», 1974. – 288 с.

214. Разенкова Ю.А. Коррекционно-педагогическая работа с детьми первого года жизни группы риска в условиях дома ребенка: Автореф. дис. ... канд. пед. наук - М., 1997. - 16 с.
215. Разенкова Ю.А. К вопросу об использовании отечественных и зарубежных методик диагностики психомоторного развития в качестве инструментов раннего выявления возможных отклонений в развитии: Дискуссионные проблемы. – <http://ise.edu.mhost.ru/almanah/2/st12.htm>.
216. Раннее вмешательство: методики оценки развития ребенка и работа с семьей: учебн.-метод. Пособие / под общ.ред. А.В. Старшиновой. – Екатеринбург, НПЦ «Бонум», 2010. – 180 с.
217. Ранняя помощь детям с особыми потребностями и их семьям: Результаты пилотного проекта в Санкт-Петербурге / Под ред. Н.П. Майоровой. – СПб. - М., без изд. – 138 с.
218. Рау Е.Ф. Практическое руководство по исправлению речи при различных видах гнусавости. – М., Учпедгиз, 1933. – 47 с.
219. Рекзава З.А. Врожденная расщелина верхней губы, неба и дисплазия соединительной ткани сердца: особенности ранней комплексной диагностики: Дисс. ...канд. мед.наук. – Ставрополь, 2008. – 102 с.
220. Репина З.А. Нарушение письма у учащихся с дефектами артикуляционного аппарата: Дисс. ...канд. пед. наук. – М., 1975. - 173 с.
221. Репина З.А. Недостатки речи у детей с дефектом анатомического строения речевого аппарата // Дефектология, № 5, 1971. – С. 8-10.
222. Репина З.А. Роль артикуляции в процессах письма // Специальное образование, №10, 2008. – с.60-63.
223. Репина З.А. Формирование когнитивно-познавательной деятельности на основе становления системной лексики у дошкольников с нарушениями речи // Логопедические технологии в условиях инклюзивного обучения детей с нарушениями речи – ч.1. - Екатеринбург, УрГПУ, 2013. – с.12-17.

224. Репина З.А., Обухова Н.В. Формирование психологической базы речи у детей с врожденной расщелиной губы и неба в младенческом возрасте (учебное пособие). – Екатеринбург, НПРЦ «Бонум», 1999. – 54 с.
225. Репина З.А., Обухова Н.В., Степаненко Д.Г. Особенности процесса общения у детей с врожденной расщелиной губы и неба в младенческом возрасте // Тезисы докладов Всероссийской конференции «Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией». – Екатеринбург – Москва, 1999. – С.113-115.
226. Репина З.А., Яковлев В.И., Рапацкая Е.Н. К вопросу о создании психолого-педагогической технологии предупреждения и коррекции задержки речевого развития у детей раннего возраста с врожденными расщелинами губы и неба. // Новости отоларингопатологии и логопатологии. - 1998. - №4 (16). - С.30-40.
227. Рогинский В.В. Ранняя реабилитация детей с врожденной патологией черепно-челюстно-лицевой области // Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией. – Тезисы докладов. Екатеринбург, 1999. – С. 33-34.
228. Розенгарт-Пупко Г.Л. Речь и развитие восприятия в раннем возрасте. – М., Изд-во АПН РСФСР, 1948. – 199 с.
229. Розенгарт-Пупко Г.Л. Формирование речи у детей раннего возраста. – М., Изд-во АПН РСФСР, 1963. – С.10 – 71.
230. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии – СПб: Изд-во «Питер», 2000. – 712 с.
231. Рузская А.Г., Елагина М.Г., Залысина И.А. Развитие речи у детей первых семи лет в общении со взрослыми // Общение и развитие психики. – М., АПН СССР, 1986. С. 61 – 71.
232. Рюкле Х. Ваше тайное оружие в общении: мимика, жест, движение / Сокр. пер. с нем. – М., АО «Интерэксперт», 1996. – 280 с.

233. Салахова А.Д. Развитие звуковой стороны речи ребенка: дневник матери. – М., 1973. – 120 с.
234. Самар Э.Н. Особенности хирургического лечения больных с врожденными неба в различном возрасте: Автореф. дис. ...канд. мед. наук - М., 1987. - 45 с.
235. Самарина Л.В. Служба раннего вмешательства: новая форма оказания помощи и поддержки детям раннего возраста и их семьям // Дефектология. – 2005. - № 1. - С. 21 – 34.
236. Сахарный Л.В. Введение в психолингвистику. - Ленинград, Изд-во Ленинградского университета, 1989. - С. 30-38.
237. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Деребальук Л.Я. Речь у больных с врожденными незаращениями верхней губы и неба до и после уранопластики // Модели речевого процесса в норме и патологии. – Доклады и сообщения Всесоюзного симпозиума (13-15 июня 1979 г., г. Гродно). – Ленинград, 1980., - С.101- 104.
238. Сереброва Н.И. Из опыта работы с детьми – ринолаликами в послеоперационный период. // Нарушения голоса у дошкольников. - М., «Просвещение», 1969. - С. 113-134.
239. Серебряков Е.Н. Медико-томатологическая реабилитация больных с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба: Дис. ...канд. мед. наук - Барнаул, 2011. – 102 с.
240. Серебрякова Н.В. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста (методическое пособие). – СПб, Каро, 2009. – 64 с.
241. Симановская Е.Ю., Шарова Т.В., Буберман К.Л., Слепко Л.А. Устранение речевых расстройств и нарушений функций внешнего дыхания у детей с расщелиной неба // Модели речевого процесса в норме и патологии. – Доклады и сообщения Всесоюзного симпозиума (13-15 июня 1979 г., г. Гродно). – Ленинград, 1980, С. 94-98.

242. Симановская Е.Ю. Щеглова А.П. Ограничение жизнедеятельности у детей, имеющих врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и челюстей // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002, 233-234.
243. Скворцов И.А. Детство нервной системы. – М., Тривола, 1995. – 96 с.
244. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М., МЕДпресс-информ, 2003. – 368 с.
245. Слобин Д.И. Когнитивные предпосылки развития грамматики // Психолингвистика - М., Прогресс, 1984. – С. 143 -207.
246. Смирнова Е.О., Авдеева Н.Н., Галигузова Л.Н. и др. Воспитание детей раннего возраста. – М.: Просвещение: Учеб. лит., 1996. – 158 с.
247. Соболева Е.А. Особенности логопедической работы с детьми с сочетанной речевой патологией: Дис. ...канд. пед. наук, М., 2001. – 180 с.
248. Соболева Е.А. Ринолалия. – М.: Астрель, 2006. – 127 с.
249. Соколова Л. В, Андреева Н. Г. Этот удивительный младенец / Под ред. А. С. Батуева. – 2 изд. – М., Рольф, 2001. – 256 с.
250. Соловьев В.Д. Понимание речи ребенком в сенсомоторном периоде развития // Теоретические и прикладные исследования психологии речи. – М., Институт психологии АН СССР, 1986. С. 141-156.
251. Соломатина Г.Н. Формирование звуко-слоговой структуры слова у детей с врожденными расщелинами губы и неба: Автореф. дис. ... канд. пед. наук - М., 2003. - 25 с.
252. Соломатина Г.Н., Володацкий В.Н. Устранение открытой ринолалии у детей. – М., Сфера, 2005. – 160 с.
253. Соснин Г.П., Крицкий А.В. Ортопедические направления речи у детей с расщелиной неба. – Мн., Беларусь, 1984. – 128 с.
254. Старикова Н.В., Надточий А.Г., Сафронова Ю.А., Фомина Г.И., Волкова К.Н. Особенности структуры, положения, функции языка у пациентов с

расщелиной губы и неба по данным ультразвукового исследования // Стоматология, 2012. - № 3. – С.56-60.

255. Степаненко Д.Г. Организационные основы ранней комплексной помощи детям с отклонениями в речевом развитии в лечебно-профилактических учреждениях // Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии и их семьям в Свердловской области: Материалы научно-практической конф., Екатеринбург, 24-25 марта 2004./ Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2004. - С. 122-124.

256. Степаненко Д.Г., Обухова Н.В. Особенности нервной системы и речи у детей с врожденной расщелиной неба // сборник материалов к VII международному медицинскому конгрессу студентов и молодых ученых. – Тернополь: Укрмедкнига, 2003. – С.175.

257. Степаненко Д.Г., Обухова Н.В., Рапацкая Е.Н. Значение психоневрологического обследования детей с врожденной расщелиной неба (губы и неба), имеющих нарушения речи // Современные тенденции образования лиц с ограниченными возможностями здоровья Свердловской области: материалы науч.-практ. конф. / Урал.гос.пед.ун-т. – Екатеринбург, 2001.

258. Стилберг Дж. Занимательные игры с малышами до года / Пер с англ. – М.: «ЭКОПРОС», «Издатцентр», 1997. – 280 с.

259. Стребелева Е.А. Коррекционно-воспитательная работа с детьми раннего возраста, имеющими нарушение в развитии // Дефектология. – 1996. - № 4. – С. 80-83.

260. Стребелева Е.А. Ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья // Дефектология. – 2003. - № 3. – С. 39 – 42.

261. Стребелева Е.А., Белякова Ю.Ю., Выродова И.А. и др. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания – М., Изд-во «Экзамен», 2007. – 127 с.

262. Стребелева Е.А., Катаева А.А. Дидактические игры и упражнения. – М., Просвещение, 1993. – 191с.
263. Сулейменова Р.А. Система ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями в Казахстане: проблемы создания и развития. – Алматы, 2001. – 308 с.
264. Таптапова С.Л. Некоторые особенности логопедических занятий со взрослыми, перенесшими операцию по поводу расщелины твердого и мягкого неба // Врожденные расщелины верхней губы и неба: Труды расширенного пленума и 1-й выездной сессии ЦНИИС 27 – 28 ноября 1963 г. – М., Изд-во «Медицина», 1964. – С. 277 – 281.
265. Тингей-Михаелис К. Дети с недостатками развития: Кн. В помощь родителям / Пер. с англ. – М., Педагогика, 1988. – 232 с.
266. Тихеева Е.И. Развитие речи детей (раннего и дошкольного возраста). - М., Просвещение, 1972. – 176 с.
267. Ткачева В.В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Дефектология, 2005, № 1. – С.25-34.
268. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. – М., АСТ, 2007. – 318 с.
269. Тонкова-Ямпольская Р.В., Черток Т.Я. Воспитателю о ребенке дошкольного возраста (от рождения до 7 лет). – М., Просвещение, 1987. – 224 с.
270. Трубникова Н.М. Кинезиология основа коррекционно-развивающей и оздоровительной работы логопеда // Здоровьесберегающие технологии в современном образовании: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Екатеринбург 29-30 октября 2014 г. – Екатеринбург, УрГПУ, 2014. – С. 208- 212.
271. Трубникова Н.М. Структура и содержание речевой карты. Учебно-методическое пособие. – Екатеринбург, УрГПУ, 1998. – 51с.
272. Трубникова Н.М. Технология обследования моторных функций: учебно-методическое пособие – Екатеринбург, УрГПУ ИСО, 2010. – 57 с.
273. Тур А.Ф. Пропедевтика детских болезней – Л.: Медицина, 1967. - 491 с.

274. Усанова О.Н. Специальная психология: Система психологического изучения аномальных детей. - М., Моск. гос. пед. ун-т., 1990. – 204 с.
275. Уракова А.И. Интеллектуальные нарушения у детей с врожденными расщелинами губы и неба: Автореф. дис. ...канд. мед. наук, М., 1977. – 22 с.
276. Уракова А.И. Особенности речевого развития у детей ринолаликов // Специальная школа, 1967. – Вып. 5. – С.126 – 131.
277. Уракова А.И. Сравнительная психологическая характеристика ринолаликов и детей с нормальной речью // Дефектология, 1972, № 2. – 16-19 с.
278. Ушакова Т. Н. Принципы развития ранней детской речи // Дефектология, 2004, № 5. С. 4-15.
279. Фалюшина Л. И. Управление качеством образовательного процесса в дошкольном образовательном учреждении. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: АРКТИ, 2003. – 262 с.
280. Фигурин Н. Л., Денисова М. П. Этапы развития поведения детей в возрасте от рождения до одного года / Под ред. Н. М. Щелованова, Н. М. Аскариной. – М.: Медизд, 1949. - 101 с.
281. Филатова И.А. Развитие пространственных представлений у дошкольников с нарушениями речи. – М.,Изд-во «Книголюб», 2010. – 43 с.
282. Фонтана Д. Ваш ребенок растет / Пер. с англ. – М., Изд-во «Новости», 1994. С. 264 – 266.
283. Фролова Л.Е. Лечение врожденных расщелин верхней губы. – Т., Медицина, 1967. – С. 35-43.
284. Фролова О.В. Становление движений у детей в норме и с аномалиями развития // Культурно-историческая психология. – 2009, № 3. – С. 66-71.
285. Харьков Л.В., Дубинина А.И., Яковенко Л.Н., Носко С.А. Принципы логопедического обучения при раннем хирургическом восстановлении неба // Дефектология. – 1999, № 6. – С. 21-13.
286. Хитров Ф.М. Теоретическое обоснование ранних сроков уранопластики // Врожденные расщелины верхней губы и неба. – М., Медицина, 1964. – С.77 – 84.

287. Хватцев М.Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. - М.: Учпедгиз, 1961. - С. 49-51.
288. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: Питер, 2003. – 496 с.
289. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М.: Просвещение – АО «Учеб.лит.», 1995. – 304 с.
290. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2000.
291. Чиркина Г.В. Дети с нарушением артикуляционного аппарата. М., Педагогика, 1969. – 120 с.
292. Чиркина Г.В. Проблема ринолалии в зарубежной литературе // Дефектология. – 1975. - № 5. – С. 89 –92.
293. Чиркина Г.В. Преодоление носового оттенка речи у детей с ринолалией. // Дошкольное воспитание, 1983, №3. с. 53-55.
294. Чиркина Г.В. Нарушение речи при ринолалии и пути их коррекции: Автореф. дис. ...д-ра пед. наук. – М., 1987. – 34 с.
295. Чиркина Г.В. Роль семьи в коррекции врожденных нарушений развития у детей // <http://ise.edu.mhost.ru/almanah/8/st03.htm>.
296. Чуйкин С.В., Давлетшин Н.А., Герасимов Л.Н. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. – М.: Башгосмедуниверситет МЗ РФ, 2005. – 294 с.
297. Чуйкин С.В., Персин Л.С., Давлетшин Н.А. Врожденная расщелина верхней губы и неба. – М., Медицинское информационное агентство, 2008. – 363 с.
298. Шабалов Н.П. Неонатология. – СПб: «Специальная Литература», 1997. - Т.1. – 496 с.
299. Шакирова Р.Р. Научное обоснование организации республиканского центра лечебно-профилактической помощи детям с челюстно-лицевой патологией: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук - М., 2011. – 48с.

300. Шакирова Р.Р. Влияние рождения ребенка с расщелиной губы и/или неба на качество жизни родителей // Общественное здоровье и здравоохранение, №2- 2010,– Казань. - С.84-87.
301. Шакирова Р.Р. Качество жизни детей с расщелинами губы и/или неба // Ортодонтия № 2 – М., 2010. – С.14-15.
302. Шакирова Р.Р. Ускова М.П., Бирик Т.В. Зубочелюстные аномалии у детей с врожденными расщелинами губы и/или неба в Удмуртской Республике // Практическая медицина. Стоматология №01(33) – Казань, 2009. – С. 87-88.
303. Шарова О.Б. Ранняя логопедическая реабилитация при врожденной расщелине верхней губы и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения – М.: МГМСУ, 2002. – С. 292 - 294.
304. Швачкин Н.Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте // Известия АПН РСФСР. – 1948. – Вып.13. – С.101 – 132.
305. Шматко Н.Д., Пелымская Т.В. Если малыш не слышит. – М., Просвещение, 1995. – 126 с.
306. Штрасмайер В. Обучение и развитие ребенка раннего возраста / Пер. с нем А. А. Михлина, Н. М. Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 240 с.
307. Щеголева В. Д. Сравнительная оценка отдаленных послеоперационных результатов пластики неба // Стоматология. – 1974. - № 2. – С. 39-41.
308. Щелованов Н. М. Диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста. - М.: Медиздат, 1935. - С. 11-34.
309. Эльконин Д. Б. Психология игры. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 360 с.
310. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.
311. Юрова Р. А. Формирование связной речи у детей-ринолаликов дошкольного возраста // Дефектология. –1996. - № 2. – С. 74 – 76.

312. Юрова Р.А. Характеристика связной речи учеников младших классов с тяжелыми нарушениями звуковой стороны речи (ринолалия) // Дефектология. – 1987. - № 4. – С. 10-13.
313. Юрова Р. А., Одинец О. И. Особенности связной речи у детей с ринолалией (дошкольный возраст) // Дефектология. – 1990. - № 1. – С. 81- 84.
314. Яковенко В. И. Методика логопедического лечения и его роль в общем комплексе диспансеризации детей с врожденной расщелиной неба // Врожденные расщелины верхней губы и неба: Труды расширенного пленума и 1-й выездной сессии ЦНИИС 27 – 28 ноября 1963 г. – М., Изд-во «Медицина», 1964.– С. 271 – 276.
315. AAP Committee on Injury and Poison Control: Injuries associated with infant walkers // Pediatrics, 95. – 1995. – P. 778 – 780.
316. Crocker A.C., Nelson R.P. Major handicapping conditions // Levine M.D. et al. (eds). Developmental – Behavioral Pediatrics. – Philadelphia, W.B. Saunders, 1983. – P. 324 – 340.
317. Lear R. Play helps: toys and activities for children with special needs. Oxford – London – Boston, Butterworth – Heinemann Ltd., 1991. – 186 p.
318. Schwartz E.R. Speech and language disorders // Schwartz M.W. et. Al. (eds). Pediatric Primary Care: A Problem – Oriented Approach, 2 nd ed. – Chicago, Year Book Medical Publ., 1990. P. 637 -700.
319. Sell D., Grunwell P. A screening assessment of cleft palate speech (Great Ormond Street Speech Assesment). European Journal of Disorders of Communication. 1994; 29: 1-15.
320. Sheridan M. Spontaneous play in early childhood: from birth to six years. London, NFER Publishing Company, 1991. – 87 p.

Приложение 1

Логопедические наблюдения

Наблюдение 1.

Дима М., возраст 2 месяца 17 дней, клинический диагноз: врожденная сквозная правосторонняя расщелина губы и неба. Оперативное вмешательство не проводилось.

Ребёнку предложена серия основных и соответствующих основным серия уточняющих диагностических заданий для возраста 3 месяца.

Результаты выполнения ребёнком диагностических заданий представлены в таблице 17.

Таблица 17.

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Фиксирует взгляд на лице взрослого	1	Фиксирует взгляд на предмете	1
Слуховая сфера	Положительно реагирует на разговор со взрослым	0,5	Положительно реагирует на звучащий предмет	1
Тактильно-двигательная сфера	Положительно реагирует на поглаживание	1	Захватывает и удерживает предмет, вложенный в руку	1
Тактильно-оральная сфера	Улыбается в ответ на улыбку взрослого	0,5	Прикладывание предмета к губам вызывает у ребенка активные движения губ и языка	0,5
Свободная деятельность	Положительно реагирует на «сложное воздействие»: контактный взгляд, улыбка, разговор, поглаживание	1	Наблюдает за предметом, выполняет действия направленные на предмет	1

Психомоторное развитие ребенка оценивается как возрастная норма (8,5 баллов). Анализ полученных результатов путём сравнения между собой баллов по основным и соответствующим им уточняющим диагностическим заданиям показал, что снижение в развитии слуховой и тактильно-оральной сфер.

Показатель развития слуховой сферы в схеме общения «ребенок – взрослый» снижен, а в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет» показатель развития слухового восприятия в норме, поэтому прямой необходимости направлять ребенка к сурдологу, для проверки слуха, нет. Родителям рекомендуется обратить внимание на характер общения ребенка со взрослым.

Показатель развития тактильно-орального восприятия снижен в двух схемах общения. Логопедом рекомендованы специальные игровые упражнения для развития тактильно-орального восприятия ребёнка, массаж губ, языка и нёба.

Повторное тестирование проведено в возрасте 8 месяцев 15 дней. В возрасте 6 месяцев выполнена пластика верхней губы. Диагностические задания для детей 9 месяцев выполнил следующим образом (таб. 18):

Таблица 18

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Отрицательно реагирует на появление «чужого» (взрослого)	1	Действует одновременно с несколькими предметами	1
Слуховая сфера	Адекватно реагирует на фразу «Где мама?»	1	Из двух внешне одинаковых предметов (звуковой и беззвучный) выделит один - звуковой	1
Тактильно-двигательная сфера	Повторяет за взрослым игровое действие без предмета	0,5	Выполняет несколько действий с одним предметом	1
Тактильно-оральная сфера	Повторяет за взрослым интонацию и речевой ритм	0,5	Повторяет за взрослым направленное к предмету артикуляционное действие («поцелуй», «чмоканье губами»).	0,5
Свободная деятельность	Негативная реакция в ответ на отказ во внимании	1	Повторяет за взрослым действия с предметами	1

Психомоторное развитие расценивается как возрастная норма (8,5 баллов).

Показатель развития слухового восприятия в норме. Показатель развития тактильно-орального восприятия снижен, также наблюдается снижение тактильно-двигательного восприятия в схеме общения «ребенок – взрослый».

Логопедом рекомендованы специальные игровые упражнения для развития тактильно-оральной сферы ребёнка, массаж губ, языка и нёба; продолжены задания по формированию межличностного контакта между мамой и ребенком.

Наблюдение 2.

Таня С., возраст 8 месяцев 17 дней, клинический диагноз: врожденная частичная, левосторонняя расщелина верхней губы. В возрасте 6 месяцев выполнена пластика верхней губы.

Ребёнку предложены диагностические задания для детей 9 месяцев.

Результаты выполнения диагностических заданий сведены в таблицу 19.

Таблица 19.

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Отрицательно реагирует на появление «чужого» (взрослого)	1	Действует одновременно с несколькими предметами	1
Слуховая сфера	Адекватно реагирует на фразу «Где мама?»	1	Из двух внешне одинаковых предметов (звуковой и беззвучный) выделит один - звуковой	1
Тактильно-двигательная сфера	Повторяет за взрослым игровое действие без предмета	1	Выполняет несколько действий с одним предметом	1
Тактильно-оральная сфера	Повторяет за взрослым интонацию и речевой ритм	1	Повторяет за взрослым направленное к предмету артикуляционное действие («поцелуй», «чмокание губами»).	0,5
Свободная деятельность ребенка	Негативная реакция в ответ на отказ во внимании	1	Повторяет за взрослым действия с предметами	1

Психомоторное развитие расценивается как возрастная норма (9,5 баллов).

У девочки снижен показатель развития тактильно-орального восприятия в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет». Родителям даны рекомендации по послеоперационному массажу верхней губы, по развитию артикуляционных движений.

При повторном логопедическом осмотре в возрасте 1 год 14 дней диагностические задания для детей 12 месяцев выполнила следующим образом (табл. 20).

Таблица 20.

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения <i>«ребенок – взрослый»</i>		в схеме общения <i>«ребенок – взрослый – предмет»</i> .	
Зрительная сфера	Понимает жестовое обращение «Здравствуй»	1	Повторяет за взрослым действия с механической игрушкой (нажать на кнопку)	1
Слуховая сфера	Понимает простую фразу без жеста, например, «иди ко мне»	1	Выполняет ритмичные (танцевальные) движения под музыку	1
Тактильно- двигательная сфера	Выполняет 2 – 3 последовательных действия, например игра «Сорока», «Ладушки»	1	Действует с пирамидкой (снимает кольца и пробует надеть), с матрешкой (открывает и достает)	1
Тактильно- оральная сфера	Повторяет за взрослым лепетные слова	1	Осваивает навык самостоятельного питья из чашки, ест густую пищу, грызет яблоко	1
Свободная деятельность ребенка	В общении со взрослым использует жесты и интонационно- ритмическую вокализацию,	1	Выполняет предметные и соотносящие действия (кормит куклу, причесывает волосы)	1

	напоминающую простые слова			
--	----------------------------	--	--	--

Коммуникативные способности расцениваются как возрастная норма (10 баллов). Родителям даны рекомендации по общему развитию ребенка.

Наблюдение 3.

Родион Г., возраст 3 месяца 10 дней, клинический диагноз: врожденная частичная расщелина неба.

Диагностические задания для детей 3 месяцев выполнил следующим образом (табл.21).

Таблица 21.

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Фиксирует взгляд на лице взрослого	0,5	Фиксирует взгляд на предмете	0
Слуховая сфера	Положительно реагирует на разговор со взрослым	0	Положительно реагирует на звучащий предмет	0,5
Тактильно-двигательная сфера	Положительно реагирует на поглаживание	0	Захватывает и удерживает предмет, вложенный в руку	0
Тактильно-оральная сфера	Улыбается в ответ на улыбку взрослого	0	Прикладывание предмета к губам вызывает у ребенка активные движения губ и языка	0
Свободная деятельность ребенка	Положительно реагирует на «сложное воздействие» (контактный взгляд, улыбка, разговор, поглаживание)	0,5	Наблюдает за предметом, выполняет действия направленные на предмет	0

Психомоторное развитие оценивается как грубое отставание (1,5 балла).

Рекомендованы упражнения для развития непосредственного эмоционально-личностного общения мамы с ребенком, развитие тактильно-двигательной сферы, становление пассивных движений и действий с предметами и стимулирование тактильно-оральных действий.

Повторное тестирование в возрасте 8 месяцев 23 дня. Врожденная частичная расщелина нёба не оперирована.

Диагностические задания для детей 9 месяцев выполнил следующим образом (табл. 22)

Таблица 22

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Отрицательно реагирует на появление «чужого» (взрослого)	0	Действует одновременно с несколькими предметами	0,5
Слуховая сфера	Адекватно реагирует на фразу «Где мама?»	0	Из двух внешне одинаковых предметов (звуковой и беззвучный) выделит один – звуковой	0,5
Тактильно-двигательная сфера	Повторяет за взрослым игровое действие без предмета	0	Выполняет несколько действий с одним предметом	0
Тактильно-оральная сфера	Повторяет за взрослым интонацию и речевой ритм	0,5	Повторяет за взрослым направленное к предмету артикуляционное действие («поцелуй», «чмокание губами»).	0
Свободная деятельность ребенка	Негативная реакция в ответ на отказ во внимании	0	Повторяет за взрослым действия с предметами	0

Психомоторное развитие расценивается как грубое отставание (1,5 баллов), однако на этом фоне отмечается положительная динамика в развитии тактильно-оральной сферы. Сохраняется снижение развития тактильно-двигательной сферы и общения со взрослыми, в свободной деятельности ребенка нет нормативных показателей. Родителям рекомендовано продолжить развитие тактильно-двигательной сферы, стимулирование активных действий с предметами, обратить внимание на характер ответной коммуникации в межличностном общении взрослого с ребенком.

Следующая явка к логопеду была в возрасте 11 месяцев 9 дней. Ребенку предложены диагностические задания для детей 12 месяцев (табл. 23)

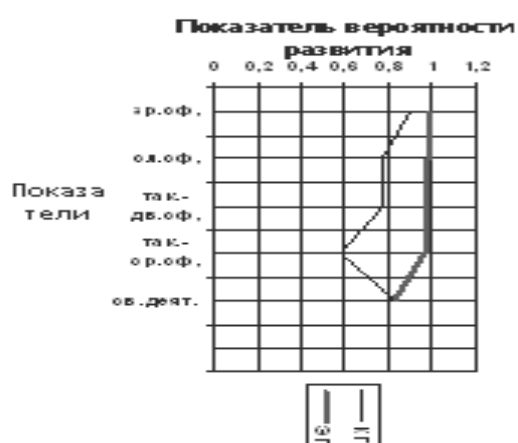
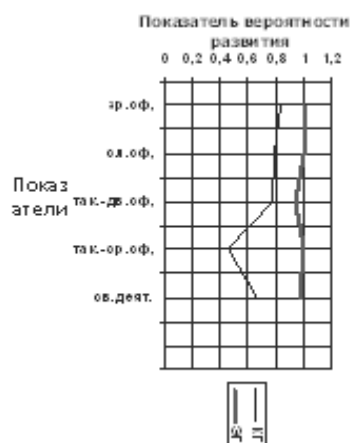
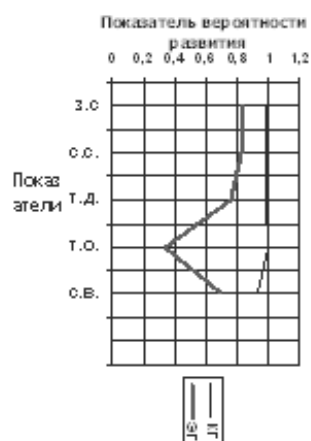
Таблица 23

Способ предъявления раздражителя	Ожидаемая реакция			
	в схеме общения «ребенок – взрослый»		в схеме общения «ребенок – взрослый – предмет».	
Зрительная сфера	Понимает жестовое обращение «Здравствуй»	0,5	Повторяет за взрослым действия с механической игрушкой (нажать на кнопку)	0
Слуховая сфера	Понимает простую фразу без жеста, например, «иди ко мне»	0	Выполняет ритмичные (танцевальные) движения под музыку	0,5
Тактильно-двигательная сфера	Выполняет 2 – 3 последовательных действия, например игра «Сорока», «Ладушки»	0,5	Действует с пирамидкой (снимает кольца и пробует надеть), с матрешкой (открывает и достает)	0,5
Тактильно-оральная сфера	Повторяет за взрослым лепетные слова	0,5	Осваивает навык самостоятельного питья из чашки, ест густую пищу, грызет яблоко	0
Свободная деятельность ребенка	В общении со взрослым использует жесты и интонационно-ритмическую вокализацию, напоминающую простые слова	0,5	Выполняет предметные и соотносящие действия (кормит куклу, причесывает волосы)	0

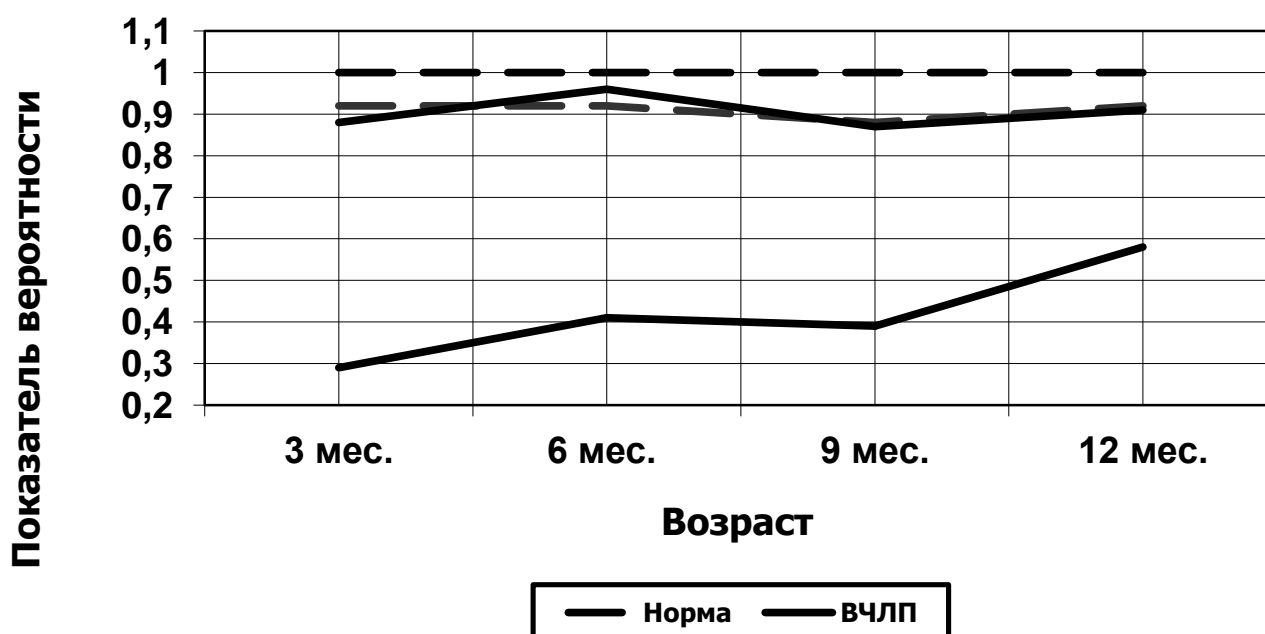
У ребенка сохраняется отставание в развитии (3 балла), но положительная динамика развития очевидна во всех сферах психомоторного развития. Родителям даны дальнейшие рекомендации по развитию ребенка.

Приложение 2

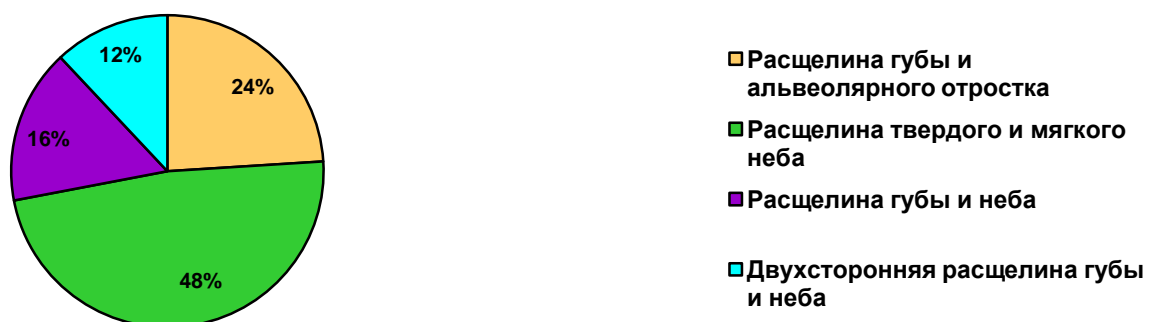
Профиль психомоторного развития детей ЭГ и КГ



Профиль развития психомоторной сферы у детей ЭГ и КГ

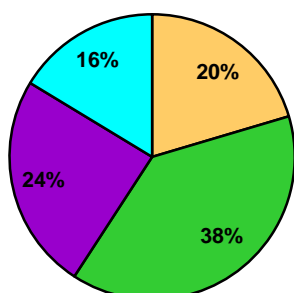


Клинические диагнозы детей ЭГ

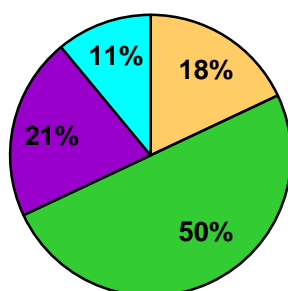


Клинические диагнозы детей в подгруппах ЭГ

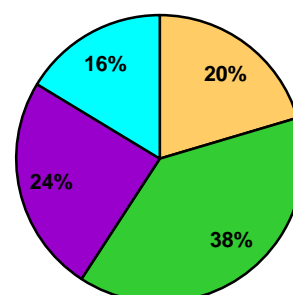
1 подгруппа



2 подгруппа

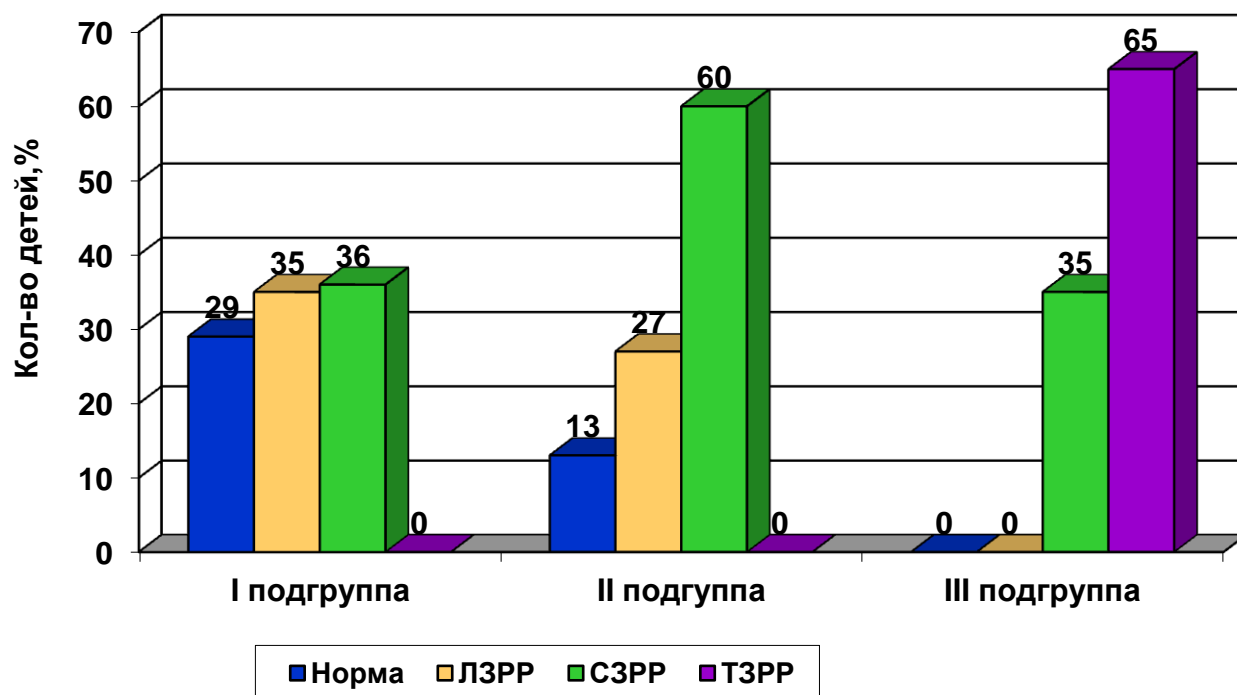


3 подгруппа

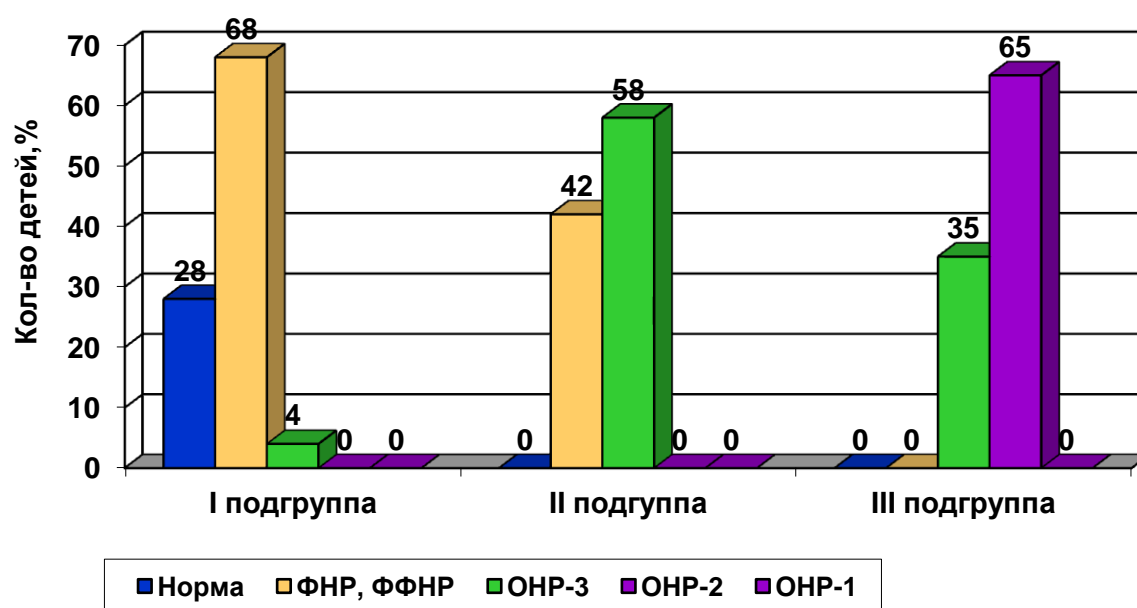


Катамнестические наблюдения развития речи детей в подгруппах ЭГ

в 3 года



в 5 лет



Порядок действий логопеда во время консультативного приема

Первичное посещение:

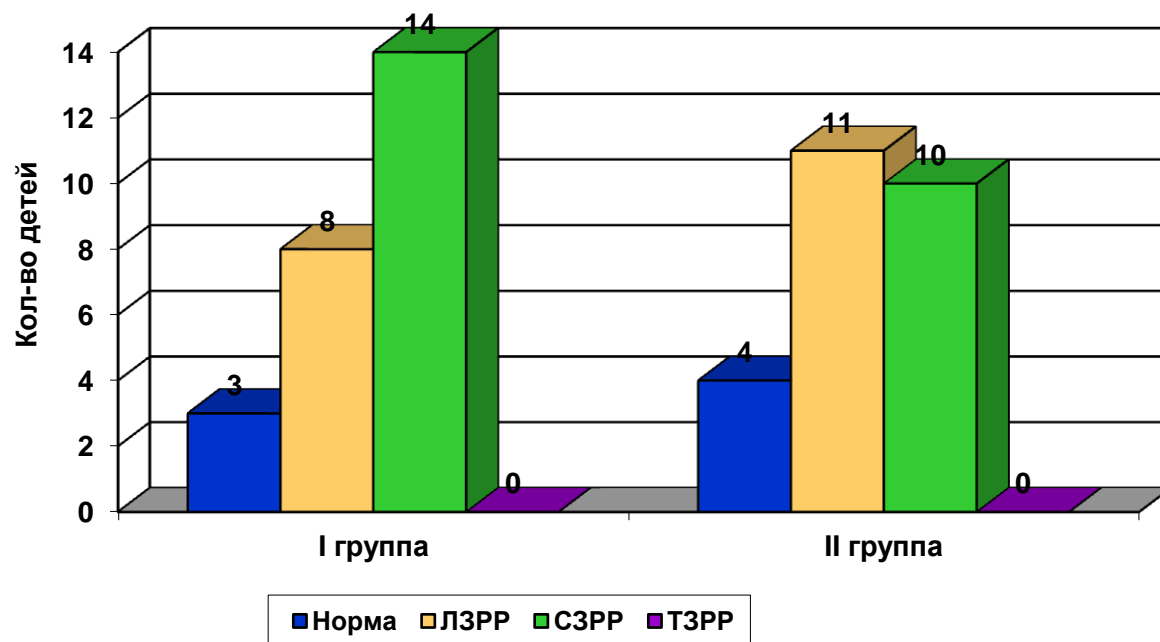
- Логопед изучает проблему семьи, связанную с развитием и воспитанием ребенка
- Логопед изучает стартовые возможности ребенка (диагностика развития)
- Логопед обсуждается с родителями ребенка полученные результаты обследования
- Логопед формулирует цель коррекционно-развивающей работы с родителями ребенка на год, определяет задачи совместной работы логопеда и родителей на 1 месяц (на 3 месяца)
- Логопед составляет индивидуальную программу развития ребенка
- Логопед обучает родителей методам и приемам работы с ребенком
- Логопед обучает родителей способам контроля за поведением ребенка
- Назначается дата повторной явки

Повторное посещение:

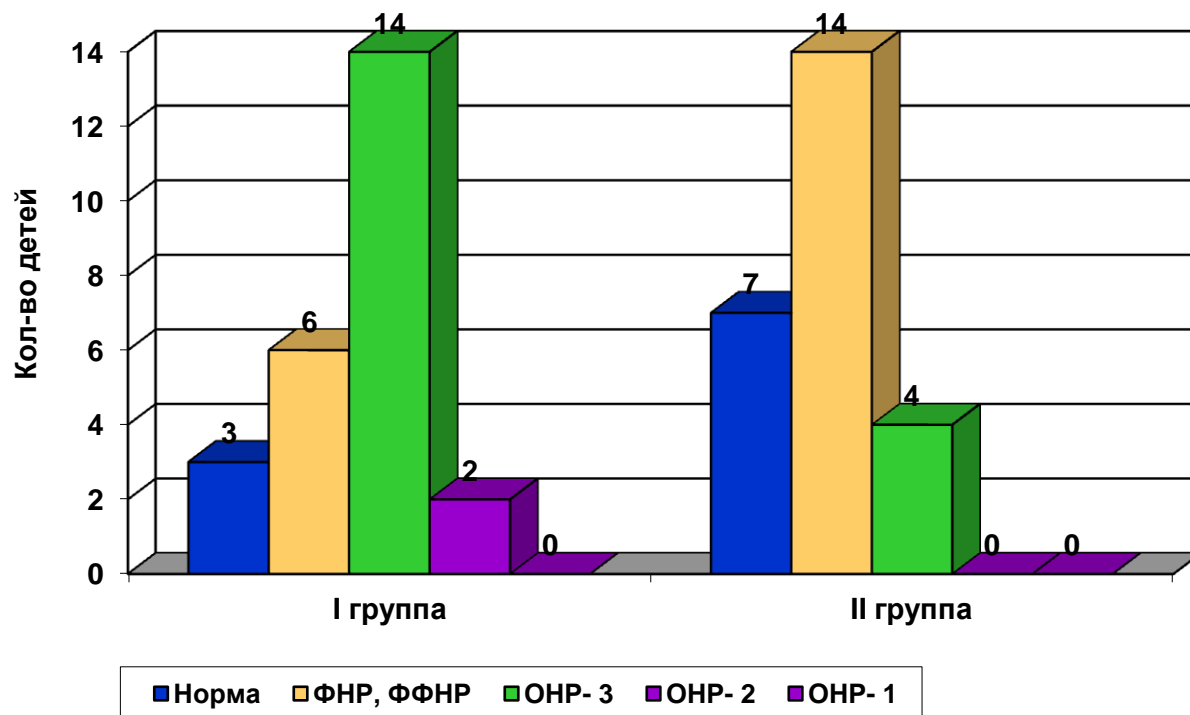
- Логопед обсуждает с родителями выполнение индивидуальной программы развития
- Родители выделяют положительные и отрицательные моменты в развитии ребенка
- Родители выделяют дидактические трудности
- Логопед совместно с родителями формулирует проблему семьи, связанную с развитием ребенка
- Логопед изучает развитие ребенка (диагностика развития)
- Логопед обсуждает с родителями результаты обследования ребенка
- Логопед информирует родителей о существующих нормативах развития детей
- Логопед и родители совместно формулируют цель развития на следующий временной период
- Логопед определяет содержания обучения
- Логопед показывает родителям новые или сложные дидактические приемы
- Логопед и родители совместно обсуждают методы контроля за ходом выполнения программы
- Назначается дата повторной я

Эффективность коррекционно-развивающей работы

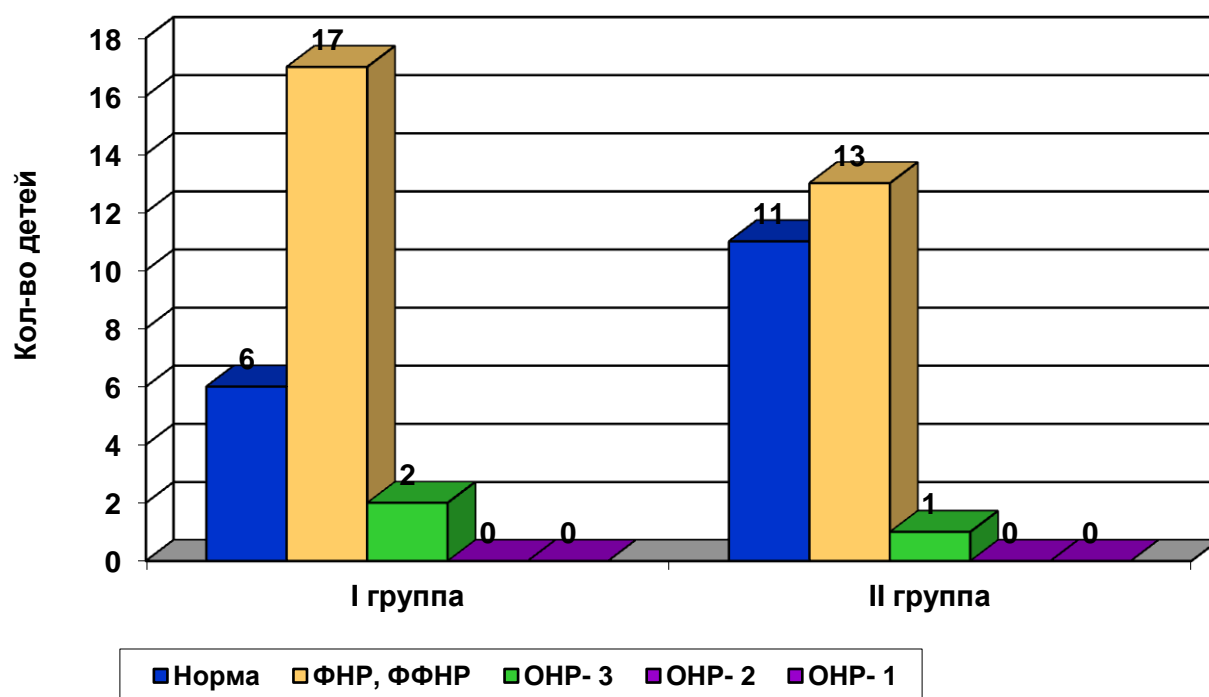
в 3 года



в 5 лет

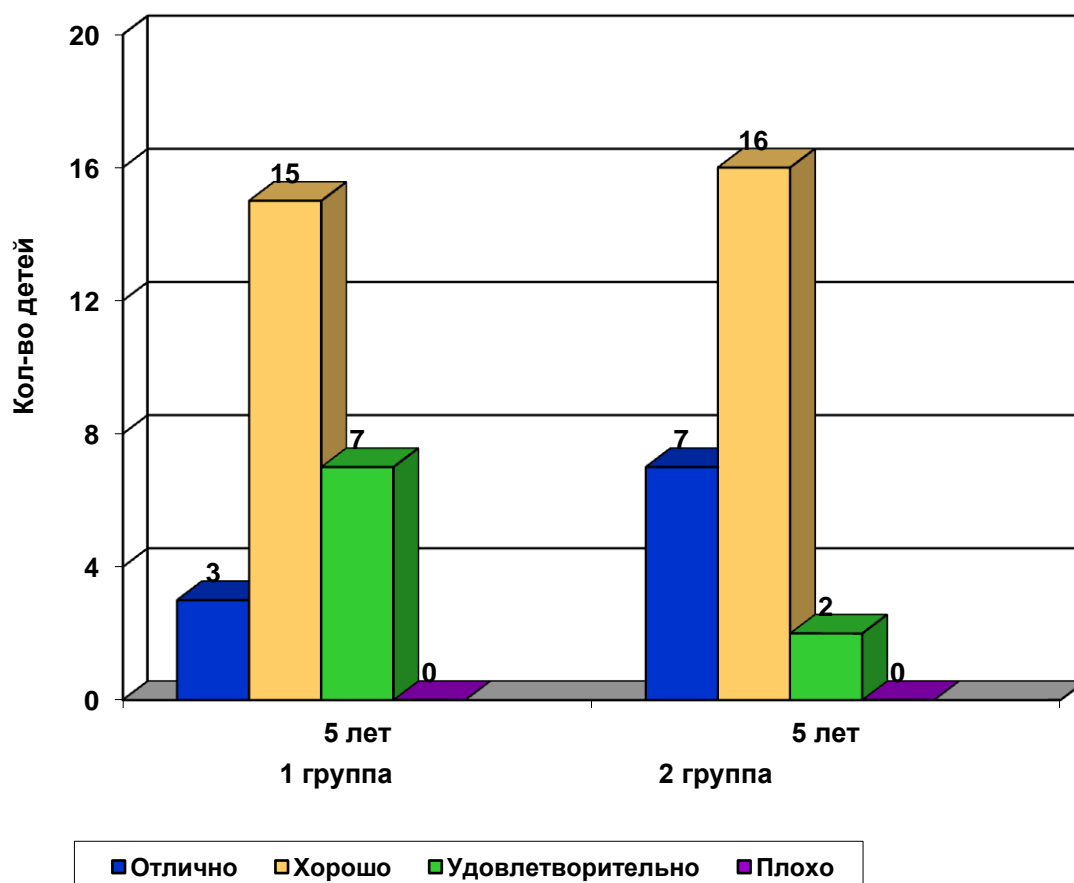
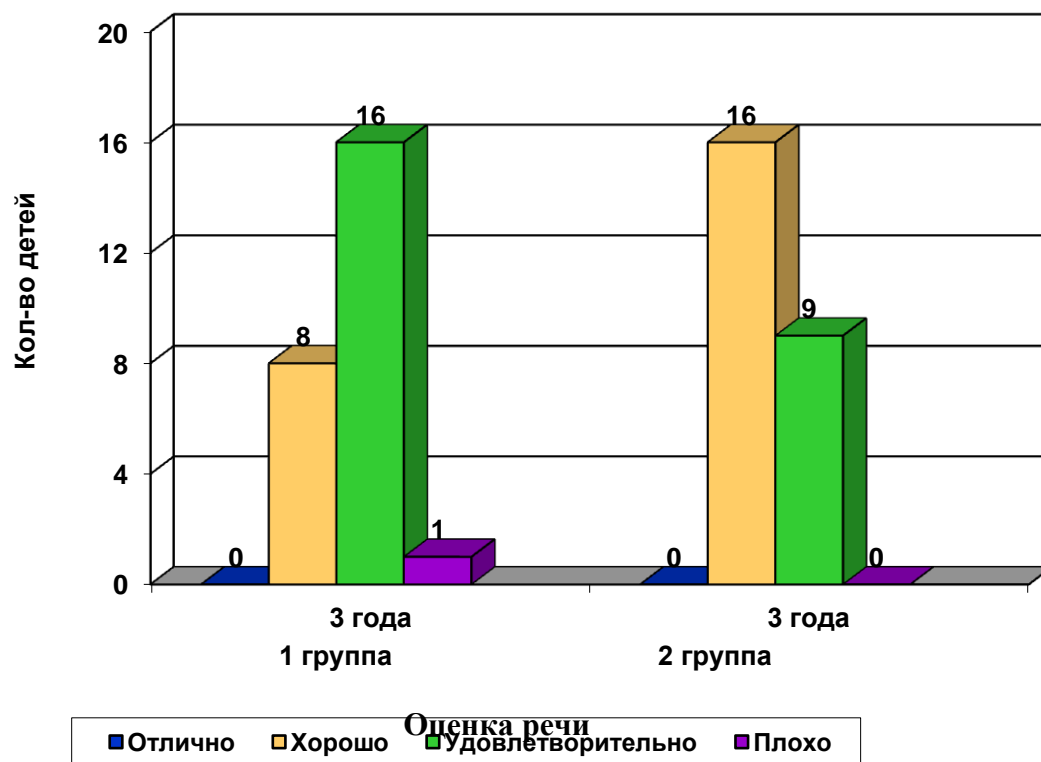


в 10 лет



Эффективность коррекционно-развивающей работы по оценочной шкале М. Морли

в 3 года



в 5 лет

